

Тестовый контроль по специальности
анестезиология-реаниматология
все категории

1. Меконий из трахеи сразу после рождения следует отсасывать:
 - а) катетером для отсасывания слизи с концевым отверстием, введенным в эндотрахеальную трубку
 - б) эндотрахеальной трубкой соответствующего диаметра
 - в) катетером для отсасывания слизи с концевым отверстиями, введенным непосредственно в трахею
 - г) катетером в концевым и двумя боковыми отверстиями, введенным непосредственно в трахею

2. После восстановления свободной проходимости дыхательных путей и тактильной стимуляции у новорожденного установилось регулярное самостоятельное дыхание. Сразу вслед за этим следует:
 - а) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
 - б) оценить цвет кожных покровов
 - в) оценить частоту сердечных сокращений
 - г) удалить содержимое желудка

3. После отсасывания слизи из ротовой полости и носовых ходов и тактильной стимуляции у новорожденного нет самостоятельного дыхания. Назовите Ваше следующее действие:
 - а) оценить частоту сердечных сокращений
 - б) оценить цвет кожных покровов
 - в) ввести зонд в желудок и отсосать его содержимое
 - г) начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски

4. После восстановления проходимости дыхательных путей и тактильной стимуляции новорожденный дышит, но частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту. В этом случае необходимо:
 - а) начать ИВЛ с помощью дыхательного мешка и маски
 - б) начать ингаляцию кислорода через лицевую маску
 - в) начать непрямой массаж сердца
 - г) ввести атропин под язык

5. При проведении ручной ИВЛ саморасправляющимся мешком в родильном зале новорожденному, перенесшему тяжелую асфиксию необходимо обеспечить следующую концентрацию кислорода в подаваемой ему газовой смеси:
 - а) 30-40 %
 - б) 50-60 %
 - в) 70-80 %

г) 90-100 %

6. Показаниями к ИВЛ новорожденному в родильном зале, при условии завершения начальных мероприятий (высушивания кожных покровов, санации верхних дыхательных путей, тактильной, стимуляции дыхания), являются:

- а) отсутствие самостоятельного дыхания
- б) брадикардия менее 100 ударов в минуту
- в) судорожное дыхание
- г) цианоз губ и слизистой ротовой полости
- д) резкая бледность кожных покровов.

7. Для принятия решения о последующих действиях в процессе оказания реанимационной помощи новорожденному в родильном зале необходимо оценивать следующие признаки:

- а) частоту сердечных сокращений
- б) наличие/отсутствие самостоятельного дыхания
- в) цвет кожных покровов
- г) мышечный тонус
- д) рефлекторную раздражимость.

8. Оценить эффективность проводимых новорожденному в родильном зале реанимационных мероприятий можно по следующим признакам:

- 1. увеличению частоты сердечных сокращений
- 2. появлению самостоятельного дыхания
- 3. порозовению кожных покровов
- 4. появлению мышечного тонуса
- 5. появлению рефлекторной раздражимости

9. Основными эффектами, ожидаемыми при введении адреналина при реанимации новорожденного в родильном зале, являются:

- 1. периферическая вазоконстрикция
- 2. улучшение микроциркуляции
- 3. увеличение силы и частоты сердечных сокращений
- 4. ликвидация метаболического ацидоза
- 5. появление самостоятельного дыхания.

10. О гиповолемии у новорожденного ребенка в первые минуты жизни свидетельствуют:

- 1. бледность кожных покровов, несмотря на адекватную оксигенацию
- 2. периферический пульс слабого наполнения при отсутствии брадикардии
- 3. отсутствие эффекта от проводимых реанимационных мероприятий
- 4. положительный симптом бледного пятна.

11. Причинами апноэ у доношенного новорожденного ребенка после 3-го дня жизни могут являться:

1. внутричерепное кровоизлияние
2. менингит/ менингоэнцефалит
3. полицитемия
4. обструкция верхних дыхательных путей
5. желудочно-пищеводный рефлюкс.

12. Причинами апноэ у недоношенного ребенка могут являться:

1. респираторный дистресс-синдром
2. внутрижелудочковое кровоизлияние
3. анемия
4. функционирующий артериальный проток
5. язвенно-некротирующий энтероколит

13. Для лечения апноэ недоношенных можно использовать:

1. гидрокортизон
2. кофеин
3. этимизол
4. аппаратную ИВЛ
5. изопротеренол.

14. Причиной появления в стуле большой примеси крови (мелены) может являться:

1. язвенно-некротизирующий энтероколит
2. геморрагическая болезнь новорожденного
3. ДВС-синдром
4. травма прямой кишки
5. непереносимость молока
6. трещины сосков у матери.

15. Причинами появления крови в желудочном аспирате у новорожденного ребенка могут являться:

1. введение новорожденному глюкокортикоидов
2. некротизирующий энтероколит
3. дефицит витамина К
4. врожденный дефицит 8-го и 9-го факторов свертывания крови
5. тяжелая асфиксия в родах

16. Следствием гипертермии у новорожденных детей может быть:

1. дегидратация
2. гипернатриемия
3. гиперосмолярность
4. повышение сродства гемоглобулина к кислороду
5. все ответы правильные

17. Для синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания характерно:

1. удлинение протромбинового и частичного тромбопластинового времени
2. снижение количества тромбоцитов
3. наличие продуктов деградации фибрина
4. укорочение протромбинового и частичного тромбопластинового времени
5. повышение уровня фибриногена

18. В ответ на холодовой стресс у новорожденных детей развиваются:

1. метаболический ацидоз
2. гипоксемия
3. гипогликемия
4. понижение сродства гемоглобина к кислороду.

19. Цианоз у новорожденного ребенка может наблюдаться при:

1. метгемоглобинемии
2. полицитемии
3. шоке
4. гипогликемии
5. гипотермии

20. Для напряженного пневмоторакса характерны:

1. снижение комплекса QRS
2. брадикардия
3. приглушенность тонов сердца
4. ослабление дыхания
5. цианоз

21. При проведении дыхания под постоянным положительным давлением через лицевую маску у новорожденного ребенка возможно возникновение следующих осложнений:

1. отек лица
2. аспирация желудочного содержимого
3. обструкция дыхательных путей из-за неправильного положения головы и шеи
4. развитие внутрижелудочкового кровоизлияния.

22. На уровень P_{aO_2} у новорожденного оказывает влияние следующие параметры искусственной вентиляции легких:

1. концентрация кислорода
2. положительное давление в конце выдоха
3. время вдоха
4. частота дыхания

23. Введение натрия гидрокарбоната новорожденному ребенку показано при:
- а) респираторном ацидозе
 - б) перед проведением вспомогательной ручной вентиляции
 - в) сохраняющемся метаболическом ацидозе после восстановления адекватного дыхания
 - г) всех перечисленных ситуациях
24. Транзиторная гипогликемия, связанная с гиперинсулинизмом, характерна для детей:
- а) от матерей с сахарным диабетом
 - б) с гемолитической болезнью новорожденных в результате резус-конфликта
 - в) с синдромом Видемана-Беквита
 - г) всех перечисленных
25. Увеличению констрикции легочных сосудов способствуют:
- а) гипоксемия
 - б) гиперкапния
 - в) полицитемия
 - г) ацидоз
 - д) все перечисленные факторы
26. Клонико-тонические судороги у новорожденных детей сопровождаются:
- а) резким увеличением метаболизма глюкозы
 - б) повышением внутричерепного давления
 - в) повышением артериального давления
 - г) увеличением потребности мозга в кислороде
 - д) всеми перечисленными признаками
27. При назначении допмина в дозе 2,0-5,0 мкг/кг в мин) наиболее часто регистрируемый клинический симптом у доношенных детей:
- а) увеличение диуреза
 - б) тахикардия
 - в) артериальная гипертензия
 - г) гипергликемия
 - д) тахипноэ
28. При шоке у новорожденных предпочтительней назначать (стартовая терапия):
- а) допмин в дозе 15-20 мкг/кг в мин.)
 - б) добутрекс в дозе 15-20 мкг/кг в мин.)
 - в) сочетание допмина и добутрекса (каждый в дозе 7,5 мкг/кг в мин.)
 - г) ни один из указанных препаратов

29. Врожденная диафрагмальная грыжа проявляется симптомами:

- а). живот ладьевидной формы
- б). на стороне патологии дыхание не проводится
- в)сердечные тоны смещены в здоровую сторону
- г) вздутие в эпигастрии
- д)средостение смещено в большую сторону
- е) на стороне поражения перкуторно коробочный звук

30. Для атрезии пищевода со свищем характерны следующие симптомы:

- а). одышка
- б) пенистые выделения изо рта
- г) вздутие живота
- д) срыгивание створоженным молоком
- е) отсутствие стула

31. При развитии у ребенка напряженного пневмоторакса в первую очередь необходимо:

- а) начать ингаляцию 100 % кислорода
- б) начать методику СДППД
- в) выполнить однократную пункцию плевральной полости и удалить из нее воздух шприцем
- г) выполнить плевральную пункцию и наладить активный дренаж плевральной полости.

32. Для стадии централизации кровообращения при гиповолемическом шоке характерны следующие показатели:

- а) артериальное давление нормальное или повышено
- б) тахикардия
- в) центральное венозное давление нормальное или повышено
- г) снижен объем циркулирующей крови.
- д) характерны все показатели.

33. Наиболее частой причиной анурии у новорожденного является:

- а) врожденная аплазия почек
- б) обструкция мочевыводящих путей
- в) токсическое действие на почку медикаментозных средств
- г) тромбоз почечных сосудов
- д) уменьшение ОЦК и нарушение перфузии почек.

34. При хорошей переносимости новорожденным инфузионной терапии, ее ежедневный прирост суточного объема может составлять:

- а) 5 мл/кг
- б) 10 мл/кг
- в) 20 мл/кг

- г) 25 мл/кг
- д) 30 мл/кг

35. Глубина постановки пупочного катетера для проведения операции заменного переливания крови должна составлять:

- а) 10 см
- б) 15 см
- в) расстояние от пупочного кольца до мечевидного отростка
- г) расстояние от пупочного кольца до мечевидного отростка, плюс 0,5-1,0 см
- д) расстояние от пупочного кольца до яремной вырезки

36. Главным принципом реанимации новорожденных в родильном зале является:

- а) стимуляция сердечной и дыхательной деятельности
- б) заместительный характер реанимационных мероприятий
- в) посиндромная терапия
- г) медикаментозная коррекция метаболических нарушений

37. При лечении недоношенного новорожденного, перенесшего асфиксию в родах, среднее артериальное давление необходимо поддерживать на уровне не ниже:

- а) 20 - 25 мм.рт.ст.
- б) 30 - 35 мм.рт.ст.
- в) 35 - 40 мм.рт.ст.
- г) 40 - 45 мм.рт.ст.
- д) 45 - 50 мм.рт.ст.

38. При гиперкапнии (P_{aCO_2} более 60 мм.рт.ст.) для коррекции ацидоза показано:

- а) внутривенное введение гидрокарбоната натрия
- б) внутривенное введение дыхательных analeптиков
- в) оксигенотерапия через кислородную палатку
- г) применение режима СДППД
- д) аппаратная ИВЛ

39. Дыхательная система у детей:

- а) Редко является причиной критических ситуаций.
- б) Часто является причиной критических ситуаций.

40. Брадикардия и артериальная гипотензия у детей:

- а) Является ранним признаком декомпенсации сердечной деятельности.
- б) Появляется поздно и является признаком терминальной стадии шока.

41. Продукция тепла у детей раннего возраста происходит за счёт:

- а) Вазодилатации.
- б) Метаболизма бурого жира.
- в) Метаболизма глюкозы.
- г) Мышечной дрожи.

42. В каких препаратах для премедикации чаще всего нуждаются дети?

- а) Анальгин
- б) Гормоны.
- в) Бензодиазепины
- г) Наркотические анальгетики
- д) М – холинолитики

43. Какие причины чаще всего приводят к возникновению критических ситуаций при проведении анестезии детям:

- а) Аллергические реакции
- б) Сердечно-сосудистые расстройства
- в) Проблемы с дыханием и дыхательными путями
- г) Нарушение работы наркозно-дыхательной аппаратуры
- д) Передозировка препаратов анестезии

44. Наиболее частой причиной дыхательных нарушений при проведении анестезии у детей является:

- а) Обструкция верхних дыхательных путей
- б) Обструкция нижних дыхательных путей
- в) Аспирация
- г) Бронхоспазм

45. Какие из перечисленных симптомов являются критериями синдрома системной воспалительной реакции у детей:

- а) Аномальная температура тела
- б) Изменённое количество лейкоцитов
- в) Нарушения дыхания
- г) Тахикардия/брадикардия
- д) Тромбоцитопения
- е) $pO_2/FiO_2 < 300$

46. Какие препараты показаны при неотложной терапии анафилактического шока у детей:

- а) Адреналин
- б) Кортикостероиды
- в) Антигистаминные препараты
- г) Тиосульфат натрия
- д) Препараты кальция

е) Показаны все препараты

47. Какие из перечисленных состояний являются показанием для переливания донорской плазмы детям:

- а) Сепсис
- б) Гипопротеинемия
- в) Анемия
- г) Профилактика ДВС
- д) Коагулопатическое кровотечение
- е) Иммунодефицит

48. Остановка кровообращения у детей чаще всего может быть обусловлена:

- а) Дыхательной недостаточностью
- б) Сердечной недостаточностью

49. Реанимационные мероприятия у детей предпочтительно начинать с:

- а) Вентиляции лёгких
- б) Компрессии грудной клетки
- в) Введения адреналина
- г) Проведения дефибрилляции

50. Наиболее оптимальное соотношение количества надавливания на грудину к количеству вдохов при проведении СЛР у детей:

- а) 30:2
- б) 15:2
- в) 5:1
- г) 3:1

51. Укажите приемлемые пути введения лекарственных препаратов при проведении СЛР у детей:

- а) Центральная вена
- б) Периферическая вена
- в) Внутрикостное введение
- г) Эндотрахеальное введение
- д) Внутримышечное введение

52. При необходимости проведения автоматической внешней дефибрилляции применять электроды для взрослых при отсутствии детских электродов

- а) Можно
- б) Нельзя

53. Интубация трахеи при проведении расширенных реанимационных мероприятий детям:

- а) Проводится в первую очередь
- б) Проводится только опытным специалистом

- в) Повышает выживаемость
- г) Имеет преимущество перед другими методами вентиляции лёгких
- д) Всё перечисленное верно

54.С целью уменьшения вязкости эритроцитной массы непосредственно перед трансфузией можно добавить:

- а) 50-100 мл. изотонического раствора натрия хлорида.
- б) 50-100 мл. реополиглюкина.
- в) 50-100 мл. полиглюкина.
- г) 50-100 мл. 5% раствора альбумина.
- д) 50-100мл. 5% раствора глюкозы

55.Перед оттаиванием СЗП необходимо убедиться:

- а) В идентичности СЗП и крови реципиента по системе АВ0.
- б) В идентичности СЗП и крови взрослого реципиента по системе Резус.
- в) В идентичности СЗП и крови реципиента по системам плазменных белков.
- г) В правильности паспортизации и герметичности контейнера.

56.После оттаивания СЗП необходимо:

- а) Проверить герметичность контейнера.
- б) Исключить наличие значительной мутности.
- в) Исключить наличие хлопьев фибрина.
- г) Исключить наличие массивных сгустков.

57.После трансфузии эритросодержащих сред необходимо:

- а) Измерение температуры каждый час на протяжении двух часов и артериального давления.
- б) Выполнение анализа крови и мочи через 2 часа после трансфузии.
- в) Выполнение анализа крови и мочи на следующий день после трансфузии.
- г) Контролировать диурез и цвет мочи.

58.Для регистрации трансфузий в отделениях ЛПУ используется документация:

- а) Журнал регистрации переливания трансфузионных сред.
- б) Журнал регистрации переливания кровезаменителей.
- в) Журнал регистрации переливания крови.
- г) Журнал регистрации переливания компонентов крови.
- д) Журнал регистрации переливания препаратов крови.

59. Выполнение трансфузии регистрируются в истории болезни:

- а) В «Листке регистрации переливания гемотрансфузионных сред»
- б) В «Листке регистрации переливания крови».
- в) В «Листке переливания компонентов крови»
- г) В виде протокола переливания препаратов крови и кровезаменителей.

60. После переливания контейнер (бутылки) с остатками трансфузионной среды хранятся в холодильнике в течение:

- а) 12 ч.
- б) 24 ч.
- в) 36 ч.
- г) 48 ч.
- д) 60 ч.

61. Показаниями к аутогемотрансфузии служат:

- а) Предполагаемый объем операционной кровопотери более 10% ОЦК.
- б) Необходимость оперативного лечения у больных с редкими группами крови.
- в) Наличие у больного почечно-печеночной недостаточности в стадии компенсации.
- г) Опасность заражения гепатитом В.

62. Аутогемотрансфузия не показана:

При всех плановых оперативных вмешательствах, если ожидаемая кровопотеря во время и после него превышает 10% ОЦК.

- а) При всех плановых оперативных вмешательствах, если ожидаемая кровопотеря во время и после него составляет 15% ОЦК.
- б) При всех плановых оперативных вмешательствах, если ожидаемая кровопотеря во время и после него составляет 20% ОЦК.
- в) При всех плановых оперативных вмешательствах, если ожидаемая кровопотеря во время и после него составляет 25% ОЦК.
- г) При всех плановых оперативных вмешательствах, если ожидаемая кровопотеря во время и после него составляет более 25% ОЦК.

63. Уровень гемоглобина в крови у больного, при котором возможна заготовка аутокрови, не должен быть:

- а) Ниже 90 г/л.
- б) Ниже 100 г/л.
- в) Ниже 110 г/л.
- г) Ниже 120 г/л.
- д) Ниже 130 г/л.

64. Клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции.

- а) температура ≥ 38 °С или ≤ 36 °С; ЧСС ≥ 90 в минуту; ЧД > 20 в минуту или гипервентиляция ($P_aCO_2 \leq 32$ мм рт.ст.); лейкоциты крови > 12 или $< 4 \times 10^9$ /мл, или количество незрелых форм $> 10\%$ (2 и более признаков)
- б) ЧД > 20 в минуту или гипервентиляция ($P_aCO_2 \leq 32$ мм рт.ст.); лейкоциты крови > 12 или $< 4 \times 10^9$ /мл, или количество незрелых форм $> 10\%$; АД 80/60 мм рт.ст. (2 и более признаков).

- в) температура ≥ 38 °С или ≤ 36 °С; ЧСС ≥ 90 в минуту; рН $\leq 7,3$ дефицит оснований $\geq 5,0$ мЭк/л или лактат плазмы в 1,5 раза выше нормы; лейкоциты крови >12 или $<4 \times 10^9$ /мл, или количество незрелых форм $>10\%$ (2 и более признаков)

65. Диагноз сепсиса устанавливается

- а) при наличии очага инфекции и бактериемии
б) при наличии очага инфекции и двух или более признаков синдрома системного воспалительного ответа
в) при наличии очага инфекции и лейкоцитов крови >12 или $<4 \times 10^9$ /мл, или количество незрелых форм $>10\%$

66. Критерии септического шока

- а) артериальная гипотензия: АДсист <90 мм. рт. ст., АДср <70 мм. рт. ст., или снижение АДсист более, чем на 40 мм. рт. ст. (у гипертоников) не корригируемая адекватной инфузионной терапией и не корригируемая катехоламинами.
б) артериальная гипотензия: АДсист <90 мм. рт. ст., АДср <70 мм. рт. ст., или снижение АДсист более, чем на 40 мм. рт. ст. (у гипертоников) не корригируемая адекватной инфузионной терапией и требующая подключения катехоламинов
в) артериальная гипотензия: АДсист <90 мм. рт. ст., АДср <70 мм. рт. ст., или снижение АДсист более, чем на 40 мм. рт. ст. (у гипертоников).

67. Сепсис - индуцированная гипотония это:

- а) артериальная гипотензия: АДсист <90 мм. рт. ст., АДср <70 мм. рт. ст., или снижение АДсист более, чем на 40 мм. рт. ст. (у гипертоников) не корригируемая адекватной инфузионной терапией и требующая подключения катехоламинов
б) артериальная гипотензия: АДсист <90 мм. рт. ст., АДср <70 мм. рт. ст., или снижение АДсист более, чем на 40 мм. рт. ст. (у гипертоников) корригируемая адекватной инфузионной терапией
в) артериальная гипотензия: АДсист <90 мм. рт. ст., АДср <70 мм. рт. ст., или снижение АДсист более, чем на 40 мм. рт. ст. (у гипертоников).

68. По протоколу ранней целенаправленной терапии септического шока какой уровень ЦВД должен достигаться?

- а) 8-12 см вод.ст.
б) 80-100 мм вод ст
в) 8-12 мм рт.ст.
г) все варианты верны

69. После достижения целевых задач по ЦВД, когда должны использоваться вазоактивные препараты согласно протоколу ранней целенаправленной терапии септического шока?

- а) АД систолическом менее 80 мм рт.ст. или более 160 мм рт.ст.
- б) АД систолическом менее 90 мм рт.ст. или более 180 мм рт.ст.
- в) АД ср менее 65 мм рт.ст. и более 90 мм рт.ст.

70. В парентеральное питание должны входить:

- а) глюкоза, липиды и солевые растворы
- б) липиды, аминокислоты и декстраны
- в) аминокислоты, углеводы и липиды

71. Преимущественным доступом для проведения нутритивной поддержки является

- а) парентеральный,
- б) энтеральный
- в) смешанный

72. К клиническим типам недостаточности питания можно отнести:

- а) алиментарный маразм
- б) квашиоркор
- в) маразматический квашиоркор
- г) все вышеперечисленные

73. При каком уровне глюкозы крови рекомендуют начинать инсулинотерапию у больных в критическом состоянии?

- а) $>6,1$ ммоль/л
- б) $>8,3$ ммоль/л
- в) >10 ммоль/л

74. Какой суточный калораж рекомендуется больным в критическом состоянии, не осложненном сепсисом?

- а) 20 ккал/сут
- б) 25 ккал/сут
- в) 30 ккал/сут
- г) 35 ккал/сут

75. При обследовании больных с астмой перед анестезией

- а) R грудной клетки обеспечивает получение достаточной информации
- б) Тяжесть заболевания лучше оценивать по содержанию газов крови
- в) Изменения ЭКГ наблюдаются лишь в тяжелых случаях заболевания
- г) Результаты исследования легочной функции могут значительно различаться в разное время суток
- д) Повышение P_aCO_2 можно отметить у большинства больных

76. Миастения

- а) Диагностируется при обнаружении высокого титра антител к антиацетилхолиновым рецепторам
- б) Вызывает угасание ответа и посттетаническое облегчение при тестировании с помощью стимулятора нервов
- в) Может проявиться миастеническим кризом, если больной принимает большие дозы антихолинэстеразных препаратов
- г) Обычно сочетается с нормальной реакцией на деполяризующие миорелаксанты
- д) Сопровождается тимомой более, чем в 50% случаев

77. Лечение ОРДС может вынуждать к

- а) Использованию ПДКВ
- б) Использованию F_iO_2 , равной 1,0
- в) Увеличению экспираторной фазы для достижения полного выдоха
- г) Экстракорпоральной мембранной оксигенации с удалением CO_2
- д) Селективной деконтаминации ЖКТ

78. При оценке дыхательных путей по шкале Маллампати

- а) Ротовая полость должна быть обследована из-за головы пациента (позиция при интубации)
- б) Необходимо надавить на язык для более полного осмотра гортани
- в) Состояние классифицируется как класс 1, если видны мягкое небо, небные дужки и язычок
- г) Состояние может быть правильно классифицировано только при прямой ларингоскопии
- д) Боковой рентгеновский снимок головы и шеи подтвердит оценку

79. Нижеуказанные факторы могут вызывать затруднения при интубации

- а) Анкилоидный спондилит
- б) Синдром Дауна
- в) Синдром Пьера Робена
- г) Невротическая булимия
- д) Эктопическая беременность

80. К факторам риска периперативного тромбоза глубоких вен относятся

- а) Дефицит антитромбина III
- б) Нефротический синдром
- в) Варикозные вены
- г) Красная волчанка
- д) Искусственная гипотония

81. Ошибки при проведении пульсоксиметрии возможны при наличии

- а) Лака на ногтях пациента
- б) Метиленового синего
- в) Недостаточности трехстворчатого клапана

- г) Метгемоглобина
- д) Карбоксигемоглобина

82. Диагностическими критериями ДВС - синдрома являются:

- а) Уровень фибриногена < 2 г/л
- б) Число тромбоцитов < 100000
- в) Протромбиновое время > 25 с
- г) Наличие продуктов деградации фибрина
- д) Нормальное тромбиновое время

83. Пропофол

- а) Является препаратом выбора для вводного наркоза в амбулаторных условиях
- б) Представлен в виде гипотонического раствора
- в) Является препаратом выбора для вводного наркоза у пациентов, склонных к злокачественной гипертермии
- г) Подвергается конъюгации в печени
- д) Выделяется главным образом с желчью

84. К ранним осложнениям трахеостомии относятся

- а) Изъязвление пищевода
- б) Пневмоторакс
- в) Сердечно – сосудистый коллапс
- г) Стеноз трахеи
- д) Воздушная эмфизема

85. Чувствительным маркером сепсиса является

- а) Тропонин I
- б) D- димер
- в) Прокальцитонин
- г) Амилаза
- д) Антитромбин III

86. Во время последнего триместра беременности

- а) функциональная остаточная емкость увеличивается
- б) гематокрит увеличивается
- в) объем крови уменьшается
- г) опорожнение желудка ускоряется
- д) общее периферическое сосудистое сопротивление снижается

87. Эпидуральная анальгезия местными анестетиками в акушерстве

- а) вызывает депрессию дыхания новорожденного
- б) облегчает управление артериальным давлением при преэклампсии
- в) вызывает расслабление матки
- г) замедляет длительность родов
- д) уменьшает проявления компрессии полой вены

88. Тонус матки в родах увеличивается под влиянием

- а) энфлюрана
- б) кетамина
- в) фентанила
- г) пропофола
- д) ни одного из перечисленных веществ

89. Для последнего триместра неосложненной беременности характерны следующие показатели крови:

- а) увеличение объема циркулирующей плазмы
- б) увеличение объема циркулирующей крови
- в) увеличение гематокрита
- г) верно всё перечисленное

90. Физиологические изменения, связанные с беременностью, способствуют развитию осложнений во время анестезии:

- а) трудной интубации
- б) гипоксемии и гипотензии
- в) аспирации
- г) всех перечисленных осложнений
- д) верно только б) и в)

91. К препаратам, не проникающим через плаценту, относят:

- а) глюкозу
- б) кетамин
- в) пропофол
- г) миорелаксанты
- д) атропин

92. Структура плацентарного барьера считается функционально зрелой

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

93. Релаксацию матки во второй стадии родов можно вызвать:

- а) анестезией фторотаном
- б) спинальной анестезией до уровня Th10
- в) миорелаксантами
- г) анестезией закисью азота
- д) анестезией кетамином

94. Наклон операционного стола или положения тела для смещения матки влево с целью предупреждения аорто-кавальной компрессии во втором и третьем триместрах беременности необходимо поддерживать на уровне

- а) 5°
- б) 10°
- в) 15°
- г) 20°
- д) 25°

95. Оптимальным методом анестезии для обезболивания нормальных родов и оперативного родоразрешения является

- а) местная анестезия
- б) регионарная анестезия
- в) масочный наркоз
- г) тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ

96. При эмболии околоплодными водами необходимы

- а) ИВЛ, глюкокортикоиды, вазопрессоры, быстрое родоразрешение, подавление фибринолиза, трансфузия СЗП
- б) искусственная гипотензия, оксигенотерапия в режиме ПДКВ, антикоагулянты, сердечные гликозиды при наличии отека легких
- в) активная инфузионная терапия, оксигенотерапия, родоразрешение через естественные пути

97. К причинам послеродового шока не относится

- а) эмболия околоплодными водами
- б) острый выворот матки
- в) эклампсия
- г) диссеминированное внутрисосудистое свертывание
- д) гипотония матки

98. При операции кесарева сечения считается патологической кровопотеря в объеме:

- а) ≥ 600 мл;
- б) ≥ 800 мл;
- в) ≥ 1000 мл;
- г) ≥ 1200 мл;
- д) ≥ 1500 мл

99. Показанием к трансфузии СЗП при остром акушерском кровотечении не является:

- а) Кровопотеря свыше 30% ОЦК
- б) Снижение концентрации фибриногена менее 1,5 г/л.
- в) Удлинение АПТВ более чем в 1,5 раза от контроля
- г) Кровопотеря 1000 мл

д) Увеличение МНО более 1,5 или снижение протромбинового индекса менее 70%.

100. Показания к ИВЛ при акушерском геморрагическом шоке

- а) кровопотеря более 30 мл/кг;
- б) шок III и IV степени;
- в) коагулопатическое кровотечение;
- г) повторные операции по поводу остановки кровотечения;
- д) все вышеперечисленное

101. В структуре заболеваемости наибольший удельный вес составляет

- а) гипертоническая болезнь
- б) профессиональные заболевания
- в) острые респираторные заболевания и грипп
- г) злокачественные новообразования
- д) сердечно-сосудистые заболевания

102. Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы

- а) обеспечить наилучшее лечение
- б) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
- в) установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родственники больного, врачи между собой
- г) все перечисленное

103. Показания к госпитализации в отделение реанимации определяет

- а) главный врач больницы
- б) зам. главного врача по лечебной части
- в) профильный дежурный специалист приемного отделения
- г) зав. отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач анестезиолог-реаниматолог
- д) зав. профильным отделением
- е) формулируются на основании совместного осмотра с лечащим врачом по профилю заболевания пациента и по согласованию с заведующим подразделения, оказывающего анестезиолого-реанимационную помощь, в которое пациент переводится

104. Наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде

- осуществляется анестезиологом-реаниматологом
- а) в течение 2-4 часов
- б) в течение 4-8 часов
- в) в течение 8-24 часов
- г) в зависимости от вида анестезии
- д) до стабилизации функции жизненно важных органов

105.Время пребывания пациентов в палатах пробуждения после операционного вмешательства

- а) не должно превышать 4-х часов
- б) может длиться до 24 часов
- в) если требуется наблюдение свыше 4 часов больной должен быть переведен для дальнейшего лечения в профильное отделение, блок интенсивной терапии или в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь

106.Число коек для оказания анестезиолого-реанимационной помощи в медицинской организации:

- а) устанавливается руководителем медицинской организации в зависимости от потребностей
- б) обусловлено видами и объемом оказываемой медицинской помощи
- в) должно составлять не менее 3% от общего коечного фонда в медицинских организациях, имеющих коечный фонд до 400 коек
- г) должно составлять не менее 5% в медицинских организациях с коечным фондом более 400 коек.

107.Транспортировка в подразделение, оказывающее анестезиолого-реанимационную помощь, осуществляется:

- а) силами сотрудников отделения по профилю заболевания пациента
- б) силами сотрудников отделения по профилю заболевания пациента в сопровождении врача-анестезиолога-реаниматолога
- в) анестезиологом-реаниматологом

108.Транспортировка пациентов из подразделений, оказывающих анестезиолого-реанимационную помощь, в отделение по профилю заболевания пациента осуществляется

- а) анестезиологом-реаниматологом
- б) сестрой-анестезистом
- в) персоналом отделения по профилю заболевания пациента незамедлительно после принятия решения о переводе больного
- г) персоналом отделения по профилю заболевания пациента при наличии мест в профильном отделении

109.Численность врачей анестезиологов-реаниматологов в бригаде реанимации и интенсивной терапии

- а) устанавливается руководителем ЛПУ
- б) одна должность на каждое развернутое в дневное время рабочее место
- в) должна составлять не менее 2

110.Численность сестер-анестезистов в бригаде реанимации и интенсивной терапии должно составлять:

- а) 1 должность на 1 рабочее место
- б) 1,5 должности на 1 рабочее место
- в) 1,5 должности на каждую должность врача анестезиолога-реаниматолога

111. Число коек отделения реанимации и интенсивной терапии должно составлять

- а) не менее 3
- б) от 3 до 12
- в) не менее 6

112. Круглосуточный пост в отделении реанимации может быть организован из расчета

- а) 1 ставка на 1 койку
- б) 5,14 ставки на 3 койки
- в) 3,75 ставки на 3 койки

113. Сколько должностей врачей анестезиологов-реаниматологов должно быть на 12 реанимационных коек?

- а) 3,75 должностей
- б) 4,75 должностей
- в) 7,75 должностей
- г) 9,5 должностей
- д) 20,56 должностей

114. Должности врачей анестезиологов рассчитываются:

- а) 1 круглосуточный пост на 1 операционный стол
- б) 1 круглосуточный пост на 3 реанимационные койки
- в) верно а) и б)
- г) 1 должность на 1 реанимационную койку и на 1 операционный стол

115. Число мониторов пациента в отделении реанимации рассчитывается исходя из пропорции:

- а) 1 аппарат на 1 реанимационную койку
- б) 1 аппарат на 1 рабочее место анестезиолога-реаниматолога
- в) не менее 1 аппарата на палату реанимации и на операционную

116. Кто имеет право подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства?

- А) гражданин, нуждающийся в медицинской помощи;
- Б) один из родителей;
- В) законный представитель гражданина;
- Г) медицинский работник;
- Д) все вышеперечисленные.

117. Какие виды экспертиз проводятся в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. №323-ФЗ?

- А) экспертиза временной нетрудоспособности;
- Б) экспертиза качества медицинской помощи;
- В) военно-врачебная экспертиза;
- Г) медико-социальная экспертиза;
- Д) экспертиза профессиональной пригодности;
- Е) экспертиза связи заболевания с профессией;
- Ж) судебно-медицинская;
- З) судебно-психиатрическая экспертиза;
- И) все вышеперечисленные.

118. На какой срок может выдать листок нетрудоспособности врач единолично?

- А). на срок не более 15 дней;
- Б) на срок не более 30 дней;
- В) на весь срок нетрудоспособности.

119. Какие формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности определены в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ?

- А) государственный контроль;
- Б) ведомственный контроль;
- В) внутренний контроль;
- Г) все вышеперечисленные.

120. Как часто может гражданин выбирать медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по территориально-участковому принципу?

- А) не чаще чем два раза в год;
- Б) не чаще чем один раз в год;
- В) не чаще одного раза в 2 года.

121. Кто имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, отражающей состояние его здоровья?

- А) пациент и его законный представитель;
- Б) родственники;
- В) работодатели.

122. Каким Приказом в настоящее время утвержден порядок выдачи листков нетрудоспособности?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;

- Б) приказом Минздравсоцразвития РФ от 01.08.2007г. №514 «О порядке выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

123. Каким Приказом в настоящее время утверждена форма бланка листка нетрудоспособности?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

124. Каким приказом утверждена Инструкция о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения?

- А) приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»;
- Б) приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2011г. №347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности»;
- В) приказом ФСС РФ №18, Минздрава РФ №29 от 29.01.2004г. «Об утверждении Инструкции о порядке обеспечения бланками листков нетрудоспособности, их учета и хранения».

125. Укажите основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- А) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- Б) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- В) приоритет охраны здоровья детей;
- Г) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- Д) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- Е) доступность и качество медицинской помощи;
- Ж) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- З) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- И) соблюдение врачебной тайны;
- К) всё вышеперечисленное.

126.Использование 2-х перчаток в случае прокола контаминированной иглой уменьшает риск заражения в :

1. В 6 раз;
2. В 2 раза;
3. В 15 раз;
4. Не уменьшает.

127.Перечислите, что нужно сделать при несчастном случае на производстве в ЛПУ:

1. Поставить в известность заведующую отделением или вышестоящего по должности медработника;
2. Обратиться к доверенному по ВИЧ-инфекции врачу ЛПУ;
3. Выполнить генеральную уборку по эпид.показаниям;
4. Зарегистрировать в журнале аварийную ситуацию;
5. Начать принимать в первые 2 часа (но не позднее 72 часов) калетру+ комбивир в течение 1 месяца по схеме ВААРТ;
6. Принимать АЗТ (азитомидин) в течении 2 месяцев;
7. Составить акты о несчастном случае на производстве;
8. Оказать себе самопомощь и организовать дезинфекцию;
9. Срочно принять антибиотики;
- 10.Сообщить о ситуации родственникам больного;
- 11.Медработнику пройти обследование на наличие антител к ВИЧ.

128.Выберите признаки, характерные для ВИЧ-инфекции:

1. Вирусная антропонозная инфекция;
2. Преимущественно отсроченное присоединение вторичных заболеваний;
3. Преимущественно быстрое присоединение вторичных заболеваний;
4. Имеет контактный механизм передачи;
5. Заразность на протяжении всего заболевания;
6. Заразность в манифестной стадии заболевания;
7. Верно все выше перечисленное;
8. Лечение избавляет от вируса.

129.К какой группе вирусов относится ВИЧ?

1. Семейство ортовирюсов, подсемейство лентивирусов;
2. Семейство ретровирусов, подсемейство лентивирусов;
3. Семейство ретровирусов, подсемейство флаовирусов.

130.В высушенных клетках крови при комнатной температуре активность вируса может сохраняться:

1. До 7 суток;
2. До 5 суток;
3. До 3 суток.

131. При обследовании пациента по клиническим показаниям в направлении указывается код:

1. 113;
2. 118;
3. 115.

132. Как долго может продолжаться бессимптомное течение ВИЧ-инфекции?

1. От 1 месяца, но не более 7 лет;
2. От 1 месяца до 7 лет и более, в среднем 5 – 7 лет

133. Выраженный иммунодефицит наблюдается у пациентов с ВИЧ-инфекцией при СД 4:

1. 300 и выше;
2. Менее 200;
3. При любом уровне СД 4.

134. Действия медицинских работников при уколе контаминированной иглой:

1. Обработать дезраствором и снять перчатки, выдавить каплю крови, промыть место прокола проточной водой, затем обработать 5% спиртовым раствором йода, 70% спиртом и перманганатом калия;
2. Снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70 градусным спиртом, затем смазать ранку 5% раствором йода;
3. Обработать дезраствором и снять перчатки, выдавить из раны кровь, вымыть руки с мылом проточной водой, обработать руки 96% спиртом, затем рану 5% раствором йода.

135. Какие основные цели современной АРВТ:

1. Максимальное подавление репликации ВИЧ;
2. Полная элиминация вируса из организма;
3. Сохранение функции иммунной системы;
4. Повышение качества жизни.