

## **Анестезиология-реаниматология (ВО) Первая категория**

### **1. Запись о состоянии пациента в оарит оформляется не менее**

- а) 4 раз в сутки
- б) 6 раз в сутки
- в) 8 раз в сутки
- г) 10 раз в сутки

### **2. Вирус иммунодефицита относится**

- а) семейство - ретровирусы, род – лентивирусы
- б) семейство - ретровирусы, род - парамиксовирусы
- в) семейство - флавивирусы, род - энтеровирусы
- г) семейство - рабдовирусы, род - везикуловирусы

### **3. Тяжелый иммунодефицит при вич инфекции проявляется при**

- а) cd4 < 200/ мкл
- б) cd4 200 - 349/ мкл
- в) cd4 350 - 499/ мкл
- г) cd4 < 500/ мкл

### **4. Код исследования крови на вич для беременных**

- а) 109
- б) 108
- в) 102
- г) 113

### **5. Код исследования крови на вич при аварийной ситуации**

- а) 120
- б) 108
- в) 102
- г) 113

### **6. Высокоэффективная антиретровирусная терапия беременной назначается с**

- а) 14 недели гестации

б) 20 недели гестации

в) 25 недели гестации

г) 30 недели гестации

**7. При попадании биологической жидкости от вич- инфицированного пациента на кожные покровы с нарушением их целостности (порез, укол) медицинскому сотруднику следует провести обработку места поражения по алгоритму:**

а) вымыть с мылом, обработать 70% спиртом, смазать 5% раствором йода, заклеить лейкопластырем

б) вымыть большим количеством проточной воды, обработать 70% спиртом, смазать 5% раствором йода, заклеить лейкопластырем

в) вымыть с мылом, обработать 96% спиртом, смазать 5% раствором йода, заклеить лейкопластырем

г) вымыть большим количеством проточной воды, обработать 96% спиртом, смазать 5% раствором йода, заклеить лейкопластырем

**8. При попадании биологической жидкости от вич – инфицированного пациента после оказания самопомощи следует начать прием противовирусных препаратов в интервале**

а) 0 – 72 часа

б) 0 – 48 часов

в) 0 – 24 часа

г) 0 – 12 часов

**9. В предоперационном периоде у вич- инфицированных пациентов показано применение рекомбинантного эритропоэтина при уровне гемоглобина**

а) < 95 г/л

б) 95 – 105 г/л

в) 105 – 115 г/л

г) > 115 г/л

**10. Аттестация врача – анестезиолога – реаниматолога на первую квалификационную категорию проводится при стаже работы не менее**

а) 7 лет

б) 10 лет

в) 5 лет

г) 15 лет

**11. Приказ мз рф, определяющий критерии качества оказания медицинской помощи**

а) 203н

б) 183н

в) 363

г) 919н

**12. Приказ мз рф, определяющий порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология»**

а) 919н

б) 183н

в) 363

г) 203н

**13. Приказ мз рф, определяющий порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология»**

а) 909н

б) 183н

в) 203н

г) 919н

**14. Одним из критериев качества медицинской помощи при сепсисе по приказу мз рф № 203н является**

а) оценка по шкале sofa не позднее 1 часа после установления диагноза

б) оценка по шкале sofa в первые сутки после установления диагноза

в) оценка по шкале apache в первые 6 часов после установления диагноза

г) оценка по шкале apache в первые сутки после установления диагноза

**15. При диагнозе “сепсис” для бактериологического исследования крови в соответствии с приказом мз рф № 203н кровь забирается**

а) из 2 интактных вен с интервалом 30 минут в течение 1 часа после установления диагноза

б) из 2 интактных вен с интервалом 30 минут в течение 1 суток после установления диагноза

в) из 1 интактной вены в течение 1 часа после установления диагноза

г) из 1 интактной вены в течение 1 суток после установления диагноза

**16. При диагнозе “желудочно – кишечное кровотечение” в соответствии с приказом мз рф 203н ингибиторы протонной помпы вводятся в виде инфузии на протяжении не менее**

а) 72 часов

б) 24 часов

в) 48 часов

г) при стабильном гемостазе не вводятся

**17. При диагнозе “острый панкреатит/ панкреанекроз” в соответствии с приказом мз рф 203н УЗИ/КТ органов брюшной полости должно быть выполнено не позднее**

а) 24 часов после установления диагноза

б) 12 часов после установления диагноза

в) 48 часов после установления диагноза

г) 1 часа после установления диагноза

**18. При неонатальном аспирационном синдроме в соответствии с приказом мз рф 203н исследование кЩС выполняется**

а) не реже 2 раз за 24 часа

б) не реже 3 раз за 24 часа

в) не реже 4 раз за 24 часа

г) не реже 6 раз за 24 часа

**19. При остром почечном повреждении в соответствии с приказом мз рф 203н исследование кЩС выполняется не позднее**

а) 1 часа после установления диагноза

б) 6 часов после установления диагноза

в) 12 часов после установления диагноза

г) 24 часов после установления диагноза

**20. При печеночной коме в соответствии с приказом мз рф 203н исследование гемостаза выполняется не позднее**

а) 3 часов после установления диагноза

- б) 6 часов после установления диагноза
- в) 12 часов после установления диагноза
- г) 24 часов после установления диагноза

**21. При ишемическом инсульте в соответствии с приказом мз рф 203н тромболизис выполняется (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний) не позднее**

- а) 40 минут после установления диагноза
- б) 3 часов после установления диагноза
- в) 6 часов после установления диагноза
- г) 8 часов после установления диагноза

**22. При остром коронарном синдроме в соответствии с приказом мз рф 203н экг выполняется до чкв и через**

- а) 30 минут после чкв
- б) 1 час после чкв
- в) 6 часов после чкв
- г) 12 часов после чкв

**23. Перечень состояний и мероприятий по оказанию первой помощи утвержден**

- а) приказом мз рф № 477
- б) приказом мз рф № 203н
- в) приказом мз рф № 919н
- г) приказом мз рф № 909н

**24. Препараты, рекомендованные при проведении расширенного комплекса реанимационных мероприятий**

- а) адреналин, амиодарон/ лидокаин
- б) адреналин, атропин, амиодарон
- в) норадреналин, атропин, лидокаин, магния сульфат
- г) адреналин, лидокаин, ингибиторы апф

**25. Альтернативным способом введения лекарственных препаратов при реанимационных мероприятиях является**

- а) внутрикостный

- б) эндотрахеальный
- в) внутримышечный
- г) рекомендован только внутривенный

**26. Применение натрия гидрокарбоната при реанимационных мероприятиях показано**

- а) при подтвержденном ацидозе или через 20-30 минут реанимации
- б) препарат является методом выбора сразу после начала реанимационных мероприятий
- в) при уровне лактата > 4 ммоль/л
- г) через 10 минут после начала реанимационных мероприятий

**27. 1 место в структуре инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в рф занимают**

- а) внутрибольничные пневмонии
- б) инфекции послеоперационной раны
- в) острые кишечные инфекции
- г) гнойно – септические осложнения у родильниц

**28. Какой путь передачи наиболее частый в стационаре**

- а) воздушно – капельный
- б) контактный
- в) трансмиссивный
- г) пищевой

**29. У пациентов в критическом состоянии в системе гемостаза преобладает**

- а) активация прокоагулянтной системы
- б) антикоагулянтной системы
- в) системы фибринолиза
- г) в равной степени активируются все системы

**30. К системе физиологических антикоагулянтов относятся**

- а) антитромбин iii, протеин с
- б) тканевой активатор плазминогена, калликреин

- в) тканевой фактор, серотонин
- г) альфа2 антиплазмин, альфа2 антиглобулин

**31. Модифицированный критерий диагностики двс синдрома (2001) включает исследование тестов коагуляции**

- а) число тромбоцитов, уровень d- димера, птв
- б) уровень фибриногена, антитромбина iii, протеина с
- в) уровень ачтв, птв, антитромбина iii
- г) число тромбоцитов, ачтв, уровень d-димера

**32. Заместительная терапия гипокоагуляционной фазы двс- синдрома включает введение сзп в дозе**

- а) 20-30 мл/кг массы тела
- б) 10-15 мл/кг массы тела
- в) 15-20 мл/кг массы тела
- г) 30-40 мл/кг массы тела

**33. Показанием к переливанию криопреципитата является тяжелая гипофибриногемия с уровнем фибриногена**

- а)  $< 1,5$  г/л
- б)  $< 1,0$  г/л
- в)  $< 0,5$  г/л
- г)  $< 2,0$  г/л

**34. У пациентов с хронической печеночной недостаточность без признаков кровотечения сзп не назначается, если показатели птв не превышают верхний предел более, чем**

- а) в 2 раза
- б) в 3 раза
- в) в 5 раз
- г) в 10 раз

**35. Безопасными гемостазиологическими условиями выполнения хирургических вмешательств являются**

- а)  $tr \geq 50\ 000/\text{мкл}$  ( $\geq 100\ 000/\text{мкл}$  для больших вмешательств);  $мно \leq 1,5$ ;  $ачтв \leq 45$

сек

б)  $tr \geq 100\ 000/\text{мкл}$  ( $\geq 200\ 000/\text{мкл}$  для больших вмешательств);  $мно \leq 2,5$ ;  $ачтв \leq 45$  сек

в)  $tr \geq 50\ 000/\text{мкл}$  ( $\geq 100\ 000/\text{мкл}$  для больших вмешательств);  $мно \leq 2,0$ ;  $ачтв \leq 60$  сек

г)  $tr \geq 50\ 000/\text{мкл}$  ( $\geq 100\ 000/\text{мкл}$  для больших вмешательств);  $мно \leq 2,0$ ;  $ачтв \leq 90$  сек

**36. Гипокоагуляционный эффект нефракционированного и низкомолекулярных гепаринов реализуется только в условиях достаточной концентрации**

а) антитромбина iii

б) калликреина

в) протеина с

г) альфа2 антиглобулина

**37. Нормализация гемостаза при применении низкомолекулярных гепаринов наступает через**

а) 12 часов

б) 6 часов

в) 4 – 6 суток

г) 5 – 8 суток

**38. Нормализация гемостаза при применении блокаторов адф рецепторов (тиклодипин, клопидогрел) наступает через**

а) 10 – 13 суток

б) 6 часов

в) 12 часов

г) 4 – 6 суток

**39. После удаления перидурального катетера нефракционированный гепарин может быть введен через**

а) 1 час

б) 3 часа

в) 6 часов

г) 12 часов



**40. При введении лечебной дозы низкомолекулярных гепаринов применение регионарных методов обезболивания возможно через**

- а) 24 часа
- б) 12 часов
- в) 48 часов
- г) 72 часа

**41. К независимым факторам риска развития венозного тромбоза относится**

- а) ожирение
- б) курение
- в) вегетарианство
- г) малоподвижный образ жизни

**42. Длительность лечения антикоагулянтами после эпизода тЭЛА должна продолжаться**

- а) не менее 3 мес
- б) не менее 6 мес
- в) неопределенно долго
- г) до выписки из стационара

**43. Какой из предложенных методов наиболее специфичен для диагностики тЭЛА**

- а) мскт с контрастом
- б) эхокг
- в) rg органов грудной клетки
- г) d- димер

**44. Абсолютным противопоказанием тромболитической терапии при тЭЛА является**

- а) операция в предшествующие 10-14 дней
- б) беременность и 1 неделя после родов
- в) пункция сосудов, не подлежащих прижатию
- г) введение тромболитиков более 5 суток назад

**45. К высокой степени риска втЭО относятся**

- а) ожоги площадью > 20% поверхности тела
- б) большие гинекологические операции на фоне терапии эстрогенами
- в) хсн iii-iv фк по nyha
- г) изолированные переломы костей голени

**46. В послеоперационном периоде доза надропарина кальция (фраксипарин) у пациентов > 70 кг составляет**

- а) 0,6 мл
- б) 0,4 мл
- в) 0,3 мл
- г) 0,2 мл

**47. Ограничением к применению антикоагулянтов является**

- а) почечная недостаточность
- б) печеночная недостаточность
- в) сердечная недостаточность
- г) энтеральная недостаточность

**48. Кровотечение с повышением уровня мнo на фоне приема варфарина является показанием к**

- а) отмене варфарина и заместительной терапии факторами свертывания (сзп, рекомбинантные препараты)
- б) отмене варфарина и введении викасола
- в) снижении дозы варфарина и заместительной терапии факторами свертывания (сзп, рекомбинантные препараты)
- г) пропуску одной или двух последовательных доз варфарина и заместительной терапии факторами свертывания (сзп, рекомбинантные препараты)

**49. Стартовая доза нефракционированного гепарина составляет**

- а) 80 ед/кг болюс + 18 ед/кг/час инфузия
- б) 80 ед/кг болюс + 4 ед/кг/час инфузия
- в) 80 ед/кг болюс + 2 ед/кг/час инфузия
- г) 5000 ед/кг болюс + 2 ед/кг/час инфузия

**50. Риск кумуляции эффекта при применении низкомолекулярных гепаринов**

**увеличен у пациентов с**

- а) почечной недостаточностью
- б) печеночной недостаточностью
- в) сердечно – сосудистой недостаточностью
- г) сахарным диабетом 1 типа

**51. Диагностика гепарининдуцированной тромбоцитопении 2 типа основана на**

- а) определении антител к гепарину (ифа)
- б) определении степени тромбоцитопении
- в) исследовании тромбоэластограммы
- г) строится на ситуационной основе

**52. Альтернативными препаратами при развитии гепарининдуцированной тромбоцитопении являются**

- а) фондапаринукс натрия
- б) низкомолекулярные гепарины
- в) варфарин
- г) клопидогрел

**53. Отмена варфарина перед операцией проводится за**

- а) 5 – 7 суток
- б) 3 – 5 суток
- в) 6 – 10 суток
- г) 1 - 3 суток

**54. Противопоказанием для назначения варфарина является**

- а) беременность
- б) почечная недостаточность
- в) антифосфолипидный синдром
- г) подагра

**55. Двойная антитромбоцитарная терапия включает применение**

- а) аск + клопидогрел

- б) аск + тикагрелор
- в) аск + варфарин
- г) аск + транексам

**56. Пиковый эффект аспирина проявляется через**

- а) 1 час
- б) 3 часа
- в) 6 часов
- г) 12 часов

**57. Нормализация гемостаза после применения низкомолекулярных гепаринов наступает через**

- а) 12 часов
- б) 6 часов
- в) 2 часа
- г) 24 часа

**58. Укажите определение, более всего соответствующее понятию сепсиса на современном этапе:**

- а) органная дисфункция, вызванная дисрегуляцией ответа макроорганизма на инфекцию
- б) патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы
- в) наличие инфекции (предполагаемое/документированное) с ее системным проявлением и наличием признаков органной дисфункции (sofa?1)
- г) системный воспалительный ответ при наличии гнойного воспалительного очага

**59. Определение септического шока:**

- а) сепсис с гипотензией, требующей введения вазопрессоров для сад ? 65mmhg и лактата сыворотки ? 2mm/л
- б) септический шок, продолжающийся более 1 часа, рефрактерный к инфузионной терапии и введению вазопрессоров
- в) септический шок, продолжающийся более 2 часов, устойчивый к введению вазопрессоров
- г) ад систолическое менее 90 мм рт ст, критическое состояние пациента

**60. Медиаторы, являющиеся основными инициаторами sirs:**

- а) провоспалительные цитокины
- б) кинины
- в) биогенные амины
- г) катионные белки

**61. Медиаторы, являющиеся основными инициаторами cars:**

- а) противовоспалительные цитокины
- б) кинины
- в) биогенные амины
- г) катионные белки

**62. Выберите гр- микроорганизмы, способные вызвать сепсис:**

- а) *klebsiella pneumoniae*, *pseudomonas aeruginosa*, *proteus mirabilis*, *enterobacteriaceae*, *acinetobacter*
- б) *staphylococcus*, *streptococcus*, *enterococcus*
- в) *actinobacteria*, *clostridium*, *bacillus*
- г) *candida*, *nidovirales*, *mycoplasma*

**63. Выберите гр+ микроорганизмы, способные вызвать сепсис:**

- а) *staphylococcus*, *streptococcus*, *enterococcus*, *clostridium*
- б) *klebsiella pneumoniae*, *pseudomonas aeruginosa*, *proteus mirabilis*
- в) *enterobacteriaceae*, *acinetobacter*, *stenotrophomonas*
- г) *candida*, *nidovirales*, *mycoplasma*

**64. В рекомендациях сепсис-3 использование шкалы qsofa рекомендовано**

- а) вместо sirs (ссво) на этапе приемного отделения
- б) вместо sirs (ссво) на этапе орнит
- в) вместо sirs (ссво) на этапе приемного отделения и орнит
- г) вместо sirs (ссво) на этапе перевода из орнит

**65. Скрининговыми показателями для эффективной диагностики сепсиса являются**

- а) лактат  $\geq 2$  мм/л, pct  $> 2$  нг/л, увеличение срб, кос – метаболический/респираторный

ацидоз

б) лактат  $\geq 4$  мм/л, рсг  $> 10$  нг/л, кос – метаболический ацидоз

в) 2 мм/л  $\leq$  лактат  $\leq 10$  мм/л, рсг  $\leq 10$  нг/л, срб  $\geq 5$  мг/л, кос – метаболический алкалоз

г) лактат  $\geq 2$  мм/л, рсг  $> 10$  нг/л, срб  $\geq 100$  мг/л

**66. Забор крови для микробиологического исследования у пациентов с сепсисом осуществляется**

а) до начала антимикробной терапии, если оно не задержит введение антибиотика

б) не позднее 1 часа с момента установки диагноза

в) не позднее 2 часов с момента поступления в стационар

г) перед началом операции – санации очага инфекции

**67. Основные компоненты в лечении сепсиса**

а) контроль инфекции, рациональная антибиотикотерапия, стабилизация гемодинамики, своевременная протективная ивл

б) респираторная поддержка, стабилизация гемодинамики, ивл

в) выявление инфекции, антибактериальная и цитокиновая терапия

г) выявление инфекции, антибактериальная и инфузионная терапия

**68. Респираторная поддержка в алгоритме целенаправленной ранней ит сепсиса и септического шока:**

а) до 6 мл/кг, повышение реер при ордс, не рекомендована вч ивл, нивл

б) до 4 – 6 мл/кг, повышение реер, рекомендована нивл

в) до 6 – 8 мл/кг, повышение реер, рекомендована hfov

г) до 6 – 10 мл/кг, повышение реер до 15 см вод ст , инверсия i:e

**69. Инфузионная терапия в алгоритме целенаправленной ранней ит сепсиса и септического шока:**

а) сбалансированные кристаллоиды 20-30 мл/кгмт, отказ от гэк, предпочтение альбумину

б) сбалансированные кристаллоиды 20-30 мл/кгмт, отказ от гэк, предпочтение гелофузину

в) сбалансированные кристаллоиды 30 мл/кгмт, гэк при нестабильной гемодинамике, признаках гиповолемии

г) сбалансированные кристаллоиды 30 мл/кгмт, отказ от альбумина, предпочтение гэк

**70. Вазоактивные препараты в алгоритме целенаправленной ранней ит сепсиса и септического шока:**

- а) норадреналин препарат выбора в дозе  $\leq 2$  мкг/кг/мин, дофамин пациентам с низким чсс, св
- б) добутамин препарат выбора в дозе 2 - 5 мкг/кг/мин
- в) адреналин препарат выбора в дозе 100 - 200 нг/кг/мин
- г) адреналин препарат выбора в дозе 300 - 500 нг/кг/мин

**71. Этиологический фактор, предполагающий более высокую летальность при сепсисе:**

- а) staphylococcus spp
- б) pseudomonas aeruginosa
- в) escherichia coli (e coli)
- г) esbl (блрс – бета-лактамазы расширенного спектра)

**72. Основная причина смерти при сепсисе:**

- а) полиорганная недостаточность
- б) эндогенная интоксикация
- в) дыхательная недостаточность
- г) почечная недостаточность

**73. Снижению летальности при септическом шоке способствует:**

- а) назначение эмпирической антибактериальной терапии в течение первых 30 мин
- б) в/в введение допамина или адреналина
- в) гемотрансфузия
- г) интенсивная инфузионная терапия изотоническим раствором до 2 литров за 30 мин

**74. Механизм антибиотиков действия на бактерии:**

- а) ингибитор синтеза клеточной стенки
- б) ингибитор функции цитоплазматической мембраны
- в) ингибитор синтеза белка
- г) ингибитор синтеза нуклеиновых кислот

**75. Основные микроорганизмы, возбудители иохв:**

- а) стафилококки
- б) стрептококки
- в) анаэробы
- г) грамотрицательные микроорганизмы

**76. Главный возбудитель госпитальной инфекции:**

- а) грамотрицательные микроорганизмы
- б) стафилококки;
- в) стрептококки;
- г) анаэробы.

**77. Источники формирования устойчивых бактерий:**

- а) применение амп в медицине, ветеринарии, агроиндустрии
- б) применение амп в медицине (амбулаторная практика, стационар, самолечение)
- в) применение амп для стимуляции роста животных и птиц в сельском хозяйстве
- г) антибиотики во внешней среде (вода, почва)

**78. Длительное использование антибиотикопрофилактики способствует:**

- а) росту резистентной микрофлоры
- б) увеличению числа больных с госпитальной инфекцией
- в) снижению длительности госпитализации
- г) улучшению прогноза после хирургического лечения

**79. Массивная трансфузионная терапия:**

- а) увеличивает риск госпитальной инфекции
- б) уменьшает риск госпитальной инфекции
- в) не влияет на госпитальную инфекции
- г) не влияет на риск развития исмп

**80. В основе рациональной абт лежит стратификация больных:**

- а) по локализации инфекции, тяжести состояния и индивидуальным особенностям пациента, использовании антибиотика по показаниям
- б) по локализации инфекции, тяжести состояния и возрасту пациента, фармакокинетики



антибиотика

в) по локализации инфекции, тяжести состояния и коморбидности пациента, фармакодинамики антибиотика

г) по локализации инфекции, экстренных показаний к госпитализации пациента, механизму действия антибиотика

**81. Рациональный путь введения антибиотика при сепсисе:**

а) внутривенный

б) внутримышечный;

в) внутривенный и внутримышечный;

г) внутривенный и эндолимфатический.

**82. Эмпирическая антибактериальная терапия:**

а) применение антибиотика до получения сведений о возбудителе инфекционного процесса и его чувствительности к амп

б) целенаправленное применение антибиотика, активного в отношении установленного возбудителя инфекции;

в) антибактериальная терапия перекрывающая весь спектр возбудителей с переходом на амп направленного действия;

г) двухэтапное применение антимикробных препаратов.

**83. Этиотропная антибактериальная терапия:**

а) целенаправленное применение антибиотика, активного в отношении установленного возбудителя инфекции

б) применение антибиотика до получения сведений о возбудителе инфекционного процесса и его чувствительности к амп;

в) антибактериальная терапия, перекрывающая весь спектр возбудителей с переходом на амп направленного действия;

г) двухэтапное применение антимикробных препаратов.

**84. Дезэскалационная антибактериальная терапия:**

а) антибактериальная терапия, перекрывающая весь спектр возбудителей с переходом на амп направленного действия;

б) целенаправленное применение антибиотика, активного в отношении установленного возбудителя инфекции;

в) применение антибиотика до получения сведений о возбудителе инфекционного

процесса и его чувствительности к амп;

г) двухэтапное применение антимикробных препаратов.

**85. Минимальная подавляющая концентрация – это:**

а) минимальная концентрация антибиотика в питательной среде, при которой отсутствуют признаки размножения выделенного штамма возбудителя

б) минимальная концентрация антибиотика в питательной среде, при которой проявляется его бактерицидное действие по отношению к возбудителю;

в) минимальная концентрация антибиотика, при которой происходит задержка возобновления пролиферации микроорганизма после удаления апб из инкубационной среды;

г) минимальная концентрация антибиотика, способствующая исчезновению патогена, при контрольном бактериологическом исследовании.

**86. Циклическая ротация антибиотиков – это:**

а) периодическая замена режимов стартовой эмпирической терапии инфекций в орит;

б) исключение из больничного формуляра перечня антибиотиков по причине высокого уровня устойчивости;

в) пересмотр перечня антибиотиков в больничном формуляре по причине неудовлетворительного профиля безопасности или фармакокинетики;

г) обновление перечня антибиотиков в больничном формуляре по мере изменения ситуации на фармацевтическом рынке.

**87. Нежелательные лекарственные реакции антибиотика - это:**

а) реакции, вызывающие дискомфорт, и/или опасный эффект, возникающий в ответ на прием антибиотика;

б) развитие резистентности к антибактериальному препарату;

в) изменение фармакокинетики антибиотика;

г) изменение фармакодинамики антибиотика.

**88. У беременных с ожирением наблюдаются изменения со стороны дыхательной системы**

а) снижение функциональной остаточной емкости (фое)

б) повышение функциональной остаточной емкости (фое)

в) повышение среднего давления в легочной артерии (сдла)

г) брадипноэ и повышение дыхательного резерва

**89. У беременных с ожирением при проведении анестезии:**

- а) повышен риск трудных дыхательных путей и интубации
- б) интубацию предпочтительно проводить в сознании
- в) предпочтительно использовать ларингеальную маску
- г) предпочтительно использовать масочный наркоз

**90. У беременных с ожирением наблюдаются изменения со стороны сердечно – сосудистой системы**

- а) развивается дилатационная кардиомиопатия
- б) уменьшается объем циркулирующей крови
- в) увеличивается объем эпидурального пространства
- г) снижается сердечный выброс пропорционально степени ожирения

**91. У рожениц с ожирением методом выбора обезболивания родов является**

- а) регионарная анестезия
- б) ингаляционная анестезия
- в) тотальная внутривенная анестезия
- г) пациент – контролируемая внутривенная анальгезия

**92. В премедикацию рожениц с ожирением обязательно следует включать**

- а) блокаторы протонной помпы
- б) атропин
- в) седативные препараты
- г) наркотические анальгетики

**93. Препаратами выбора при тромбопрофилактике у пациенток с синдромом гиперстимуляции яичников являются**

- а) низкомолекулярные гепарины в профилактической дозировке
- б) низкомолекулярные гепарины в лечебной дозировке
- в) нефракционированный гепарин
- г) непрямые антикоагулянты

**94. Антикоагулянтом с доказанным тератогенным действием является**

- а) варфарин
- б) нефракционированный гепарин
- в) низкомолекулярные гепарины
- г) новые пероральные антикоагулянты

**95. Диагностика антифосфолипидного синдрома основана на триаде клинических и лабораторных проявлений**

- а) венозные/ артериальные тромбозы; привычное невынашивание беременности; двукратное выявление волчаночного антикоагулянта/ антикардиолипидных антител/ антител к гликопротеину
- б) венозные/ артериальные тромбозы; синдром гиперстимуляции яичников; двукратное выявление волчаночного антикоагулянта/ антикардиолипидных антител/ антител к гликопротеину
- в) венозные/ артериальные тромбозы; преэклампсия/ ее осложнения; двукратное выявление волчаночного антикоагулянта/ антикардиолипидных антител/ антител к гликопротеину
- г) венозные/ артериальные тромбозы; острая жировая дистрофия печени беременных; недостаточность ат iii/ протеина с/ протеина s

**96. При антифосфолипидном синдроме у беременных профилактика венозного тромбоэмболизма проводится**

- а) низкомолекулярными гепаринами
- б) нефракционированным гепарином
- в) антагонистами витамина к
- г) антиагрегантами

**97. У беременных с механическими клапанами сердца при проведении тромбопрофилактики антагонистами витамина к целевой уровень мно составляет**

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

**98. У беременных с механическими клапанами сердца при проведении тромбопрофилактики низкомолекулярными гепаринами целевой уровень антиха составляет**

- а) 0,8 – 1,2 ед/мл
- б) 1,5 – 2,0 ед/мл
- в) 2,0 – 2,5 ед/мл
- г) 2,5 – 3,0 ед/мл

**99. У беременных с механическими клапанами сердца при проведении тромбопрофилактики нефракционированным гепарином целевой уровень аЧТВ составляет**

- а) 60 – 80 сек
- б) 80 – 100 сек
- в) 100 - 120 сек
- г) 120 – 140 сек

**100. При начале родовой деятельности на фоне приема антагонистов витамина к, роды следует вести**

- а) путем кесарева сечения под общей анестезией
- б) самостоятельно с применением регионарных методов обезболивания
- в) путем кесарева сечения с применением регионарных методов обезболивания
- г) путем кесарева сечения с применением тотальной внутривенной анестезии

**101. Возобновление антикоагулянтной терапии (при ее проведении во время беременности) рекомендовано**

- а) через 4 – 6 часов после самопроизвольных родов и через 8 – 12 часов после операции кесарева сечения
- б) через 6 – 8 часов после самопроизвольных родов и через 10 – 14 часов после операции кесарева сечения
- в) через 10 – 12 часов после самопроизвольных родов и через 14 – 16 часов после операции кесарева сечения
- г) через 14 – 16 часов после самопроизвольных родов и через 18 – 20 часов после операции кесарева сечения

**102. В случае умеренного риска послеродовых втэо их профилактику следует проводить в течение**

- а) 1 недели после родов
- б) 2 недель после родов

в) 3 недель после родов

г) 4 недель после родов

**103. В случае высокого риска послеродовых втэо их профилактику следует проводить в течение**

а) 6 недель после родов

б) 8 недель после родов

в) 10 недель после родов

г) 12 недель после родов

**104. Для инактивации антикоагулянтов – антагонистов витамина к в экстренной ситуации применяется сзп в дозе**

а) 10- 15 мл/кг

б) 20- 25 мл/кг

в) 30- 35 мл/кг

г) 40- 45 мл/кг

**105. Основой адекватной терапии для пациентов в критическом состоянии является:**

а) оптимизация гемодинамики

б) рациональная антибактериальная терапия

в) сбалансированная инфузионная терапия

г) eгas-протокол

**106. Основное деление препаратов для инфузионно-трансфузионной терапии на группы:**

а) кристаллоиды, коллоиды, препараты крови

б) кристаллоиды, гидроксиптилкрахмалы, препараты крови

в) кристаллоиды, коллоиды, препараты малообъемной реанимации

г) кристаллоиды, синтетические и натуральные коллоиды

**107. К сбалансированным растворам относятся:**

а) стерофундин, лактат рингера, гелофузин

б) 0,9% раствор на хлорида, реополиглюкин

в) 7,5% раствор на хлорида, волювен

г) 10% раствор глюкозы, аминоплазмаль, липофундин

**108. Препарат для низкообъемной гипертонической волюмокоррекции:**

а) гиперхаес

б) гемохес

в) волювен

г) хаесстерил

**109. Основной неблагоприятный эффект применения инфузионной терапии:**

а) отек органов, сопровождающийся нарушением доставки и потребления кислорода

б) повреждение легких с нарушением газообмена

в) нарушение гемодинамики

г) нарушение микроциркуляции

**110. Основной неблагоприятный эффект применения трансфузионной терапии:**

а) повреждение легких с нарушением газообмена

б) отек органов, сопровождающийся нарушением доставки и потребления кислорода

в) нарушение гемодинамики

г) нарушение микроциркуляции

**111. Основной неблагоприятный эффект применения кристаллоидов:**

а) быстрое перераспределение из сосудистого русла в интерстициальное пространство

б) влияние на гемостаз

в) инициация запуска синдрома trali

г) анафилактоидная реакция

**112. Основной неблагоприятный эффект применения коллоидов:**

а) влияние на гемостаз

б) быстрое перераспределение из сосудистого русла в интерстициальное пространство

в) инициация запуска синдрома trali

г) анафилактоидная реакция

**113. Основной неблагоприятный эффект применения парентерального питания:**

а) гипералиментация

- б) гипернатриемия
- в) гиперволемия
- г) гиперхлоремия

**114. Инфузионная терапия в фазу оптимизации:**

- а) пробная инфузионная нагрузка
- б) замещение потерь, поддержание водного баланса
- в) мобилизация внесосудистой жидкости
- г) болюсная инфузионная нагрузка

**115. Инфузионная терапия в фазу стабилизации:**

- а) замещение потерь, поддержание водного баланса
- б) болюсная инфузионная нагрузка
- в) пробная инфузионная нагрузка
- г) мобилизация внесосудистой жидкости

**116. Безопасная инфузионная терапия в педиатрии:**

- а) изотонические, сбалансированные растворы в ограниченных объемах
- б) переоценка инфузионной терапии под контролем гемодинамики
- в) введение 1/2 суточной потребности инфузии в первые 6 часов
- г) первоначальный болюс, не рекомендуется лактат рингера

**117. Безопасная инфузионная терапия в гериатрии:**

- а) переоценка инфузионной терапии под контролем гемодинамики
- б) изотонические, сбалансированные растворы в ограниченных объемах
- в) введение 1/2 суточной потребности инфузии в первые 6 часов
- г) первоначальный болюс, не рекомендуется лактат рингера

**118. Безопасная инфузионная терапия у пациентов с синдромом массивного разможжения тканей:**

- а) первоначальный болюс, не рекомендуется лактат рингера
- б) введение 1/2 суточной потребности инфузии в первые 6 часов
- в) изотонические, сбалансированные растворы в ограниченных объемах



г) переоценка инфузионной терапии под контролем гемодинамики

**119. К нестабильным состояниям при заболеваниях ссс относятся**

а) окс, им давностью < 30 суток, стабильная стенокардия iii – iv фк по канадской классификации

б) им давностью < 60 суток, хсн ii – iii фк по пуha

в) окс, впервые выявленная гипертрофическая кардиомиопатия

г) им давностью < 90 суток, впервые выявленная фибрилляция желудочков

**120. К операциям низкого риска кардиологических осложнений относятся**

а) эндоскопические вмешательства, операции на молочной железе, операции на коленном суставе

б) каротидная эндартерктомия, операции на голове и шее, операции на тазобедренном суставе

в) операции на сосудах, торакальные и абдоминальные операции, обширные экстренные

г) все перечисленное верно

**121. К операциям среднего риска кардиологических осложнений относятся**

а) каротидная эндартерктомия, операции на голове и шее, операции на тазобедренном суставе

б) эндоскопические вмешательства, операции на молочной железе, операции на коленном суставе

в) операции на сосудах, торакальные и абдоминальные операции, обширные экстренные

г) все перечисленное верно

**122. К операциям высокого риска кардиологических осложнений относятся**

а) операции на сосудах, торакальные и абдоминальные операции, обширные экстренные

б) каротидная эндартерктомия, операции на голове и шее, операции на тазобедренном суставе

в) эндоскопические вмешательства, операции на молочной железе, операции на коленном суставе

г) все перечисленное верно

**123. Для скрининговой оценки кардиологического риска в общехирургической практике рекомендована шкала**

а) lee

б) goldman

в) detsky

г) vanzetto

**124. Маркером высокого кардиального риска декомпенсации сердечной недостаточности имеет предоперационный уровень**

а) nt-probnp

б) cd4

в) высокочувствительный тропонин i

г) интерлейкин 6

**125. Бета - адреноблокаторы**

а) уменьшают потребность миокарда в  $o_2$

б) предотвращают развитие тромбоза

в) ограничивают развитие атеросклеротических бляшек

г) способствуют ремоделированию поврежденного миокарда

**126. При внесердечной операции операция коронарного шунтирования в срок < 6 недель назад относит пациента к группе**

а) высокого риска

б) среднего риска

в) промежуточного риска

г) риск не отличается от риска осложнений у больных без ибс

**127. Важнейшим способом интраоперационного мониторинга ишемии миокарда является**

а) экг

б) высокочувствительный тропонин i

в) nt- probnp

г) инвазивный мониторинг ад

**128. Предпочтительным ингаляционным анестетиком при сопутствующей ибс является**

а) севофлюран

- б) десфлюран
- в) изофлюран
- г) энфлюран

**129. Минимальным депрессивным эффектом на миокард обладает**

- а) мидазолам
- б) пропофол
- в) тиопентал натрия
- г) кетамин

**130. Пациентам со средним и высоким риском кардиоваскулярных осложнений рекомендуется послеоперационный мониторинг экг в течение**

- а) 72 часов
- б) 24 часов
- в) 48 часов
- г) 12 часов

**131. Гипертонический криз это резкое повышение ад**

- а) сад > 180 мм рт ст или дад > 120 мм рт ст
- б) сад > 160 мм рт ст или дад > 100 мм рт ст
- в) сад > 140 мм рт ст или дад > 90 мм рт ст
- г) сад > 200 мм рт ст или дад > 150 мм рт ст

**132. К препаратам выбора лечения неотложных состояний при артериальной гипертензии относятся**

- а) нитраты, бетаадреноблокаторы
- б) клонидил, каптоприл
- в) нифедипин, пропранолол
- г) нитраты, блокаторы кальциевых каналов

**133. Для лечения аг при преэклампсии и эклампсии противопоказаны**

- а) ингибиторы апф и блокаторы рениновых рецепторов
- б) нитраты, бетаблокаторы

- в) метилдопа, сульфат магния
- г) сульфат магния, ингибиторы апф

**134. Проведение регионарных методов анестезии абсолютно противопоказано при**

- а) стенозе аортального клапана
- б) стенозе митрального клапан
- в) недостаточности аортального клапана
- г) сочетанном 2 – 3х клапанном поражении

**135. Целенаправленная инфузионная терапия:**

- а) базируется на влиянии небольшой по объему, проведенной в короткий интервал времени инфузионной нагрузки на гемодинамический ответ пациента;
- б) базируется на расчетном способе определения необходимого количества жидкости с учетом патологических и физиологических потерь;
- в) базируется на своевременной, индивидуализированной и контролируемой коррекции гипергидратации в рамках протоколов отсроченной целенаправленной терапии;
- г) базируется на применении сбалансированных растворов.

**136. К сбалансированным растворам относятся:**

- а) стерофундин, лактат рингера, гелофузин;
- б) 0,9% раствор на хлорида, реополиглюкин;
- в) 7,5% раствор на хлорида, волювен;
- г) 10% раствор глюкозы, аминоклазмаль, липофундин.

**137. Препарат для низкообъемной гиперосмотической волюмокоррекции:**

- а) гиперхаес;
- б) гемохес;
- в) волювен;
- г) хаесстерил.

**138. Pal-терапия:**

- а) комбинация вентиляции с адекватным положительным давлением в конце выдоха и инфузии раствора альбумина с последующим болюсным введением фуросемида;
- б) комбинация протоколов инфузионной терапии с целью мобилизации внесосудистого сектора с достижением отрицательного гидробаланса и восстановлением диуреза;

в) комбинация инфузионных растворов: коллоид – полиглюкин, сбалансированный кристаллоид – ацессоль, диуретик - лазикс;

г) комбинация своевременной, индивидуализированной и контролируемой коррекции гипергидратации.

**139. Основной неблагоприятный эффект применения кристаллоидов:**

а) быстрое перераспределение из сосудистого русла в интерстициальное пространство;

б) влияние на гемостаз;

в) инициация запуска синдрома trali;

г) анафилактоидная реакция.

**140. Основной неблагоприятный эффект применения коллоидов:**

а) влияние на гемостаз;

б) быстрое перераспределение из сосудистого русла в интерстициальное пространство;

в) инициация запуска синдрома trali;

г) анафилактоидная реакция.

**141. Основная проблема несбалансированных растворов:**

а) гиперхлоремия;

б) гипернатриемия;

в) гиперволемиа;

г) гипералиментация.

**142. Основной неблагоприятный эффект применения растворов для парэнтерального питания:**

а) гипералиментация;

б) гипернатриемия;

в) гиперволемиа;

г) гиперхлоремия.

**143. Основные клинические проявления гипергидратации:**

а) отеки, гипокалиемия, уремическая интоксикация;

б) головокружение, снижение тургора кожи, судороги;

в) жажда, отсутствие слюнотечения, энцефалопатия;

г) гипотензия, тахикардия, слабый пульс, акроцианоз.

**144. К статистическим показателям оценки чувствительности к инфузионной нагрузке относятся:**

- а) центральное венозное давление, давление окклюзии легочной артерии и конечно-диастолические объемы желудочков сердца;
- б) стандартный тест с инфузионной нагрузкой и контролем цвд, тест с минимальной инфузионной нагрузкой и оценкой изменения св;
- в) тест с пассивным подъемом ног пациента, тесты вариабельности систолического артериального давления, пульсового давления и ударного объема;
- г) тест окклюзии в конце выдоха у пациентов на ивл и изменением давления окклюзии легочной артерии.

**145. К динамическим тестам оценки чувствительности к инфузионной нагрузке относятся:**

- а) тест с пассивным подъемом ног пациента, тесты вариабельности систолического артериального давления, пульсового давления и ударного объема;
- б) центральное венозное давление, давление окклюзии легочной артерии и конечно-диастолические объемы желудочков сердца;
- в) стандартный тест с инфузионной нагрузкой и контролем цвд, тест с минимальной инфузионной нагрузкой и оценкой изменения св;
- г) тест окклюзии в конце выдоха у пациентов на ивл и изменением давления окклюзии легочной артерии.

**146. Показатели внутрибрюшного давления, соответствующие синдрому кишечной недостаточности 2 степени**

- а) 16 – 20 мм рт ст
- б) 8 – 10 мм рт ст
- в) 12 – 15 мм рт ст
- г) 21 – 25 мм рт ст

**147. Показатели внутрибрюшного давления, соответствующие синдрому кишечной недостаточности 3 степени**

- а) 21 – 25 мм рт ст
- б) 8 – 10 мм рт ст
- в) 12 – 15 мм рт ст

г) 16 – 20 мм рт ст

**148. Показатели внутрибрюшного давления, соответствующие синдрому кишечной недостаточности 4 степени**

а) 25 и выше мм рт ст

б) 8 – 10 мм рт ст

в) 12 – 15 мм рт ст

г) 16 – 23 мм рт ст

**149. Особенности транспорта о<sub>2</sub> у детей младшей возрастной группы в ожоговом шоке**

а) высокий си (сердечный индекс), быстрое формирование о<sub>2</sub> задолженности

б) низкий си, отсутствие формирования о<sub>2</sub> задолженности

в) высокий си, отсутствие формирования о<sub>2</sub> задолженности

г) низкий си, быстрое формирование о<sub>2</sub> задолженности

**150. У детей до 1 года при ожоговой болезни из органных дисфункций преобладает**

а) почечная недостаточность

б) энтеральная недостаточность

в) двс синдром

г) почечная недостаточность

**151. При термоингаляционной травме решение вопроса о наложении трахеостомы принимается**

а) в 1 сутки

б) на 2 сутки

в) на 3 сутки

г) на 5 сутки

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

а) В 6 раз

б) В 2 раза

в) В 15 раз

г) Не уменьшает

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

а) До 7 суток

б) До 5 суток

в) До 3 суток

г) До 2 суток

**154. Код обследования участников аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые:**

а) 124

б) 120

в) 125

г) 118

**155. Диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливается на основании:**

а) Однократного положительного результата обследования на ВИЧ-инфекцию методом ИФА

б) Лабораторного заключения о наличии серологических и/или генетических маркеров ВИЧ-инфекции

в) Положительного результата экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию|

г) Только на основании положительного ИФА и иммуноблотинга

**156. Рекомендуется в регионах с распространенностью ВИЧ среди беременных женщин более 1% проведение скрининга на антитела к ВИЧ-инфекции:**

а) Только лицам, имеющим клинические показания к обследованию на антитела к ВИЧ

б) Всем в возрасте 18-60 лет, обращающимся за медицинской помощью в медицинские учреждения любого профиля

в) Только половым партнерам беременных женщин, вставших на учет в женскую консультацию по беременности|

г) Лицам, имеющим высокий риск инфицирования ВИЧ (имеющим беспорядочные половые связи, прием психоактивных веществ)

**157. Ведущим признаком пневмоцистной пневмонии у ВИЧ-инфицированных лиц является:**



- а) Одышка
- б) Острое начало лихорадки
- в) Продуктивный кашель
- г) Боли в грудной клетке при дыхании

**158. Стадия ВИЧ-инфекции устанавливается только на основании:**

- а) Клинических проявлений (наличие вторичных заболеваний)
- б) Давности установленного диагноза
- в) Уровня CD4
- г) Показателя вирусной нагрузки как маркера прогрессирования заболевания

**159. При получении положительного результата обследования на антитела к ВИЧ у пациента следует:**

- а) Направить пациента в Центр СПИД для уведомления о результате обследования
- б) Предпринять меры по явке пациента на прием, уведомить его о результате обследования самостоятельно и направить в Центр СПИД
- в) Довести информацию до руководителя подразделения
- г) Сообщить результат обследования пациенту по телефону в короткие сроки и рекомендовать обратиться в Центр СПИД

**160. Положительный результат обследования на антитела к ВИЧ:**

- а) В кратчайшие сроки доводится до специалиста, проводившего дотестовое консультирование/лица его замещающего
- б) Доводится только до руководителя подразделения с целью сохранности персональных данных
- в) Доводится только до специалиста, ответственного за ВИЧ, закрепленного внутренним приказом МО
- г) Результат не возвращается в МО, проводившую обследование, направляется в Центр СПИД

**161. Для оценки активности репликации ВИЧ в организме инфицированного человека определяют:**

- а) Спектр антител к антигенам (белкам) ВИЧ 1, 2 типов методом иммунного блота
- б) Показатели иммунного статуса (CD 4/CD 8 лимфоциты, иммунорегуляторный индекс) методом проточной цитометрии

в) Комплементарную ДНК ВИЧ (к ДНК) в лимфоцитах методом ПЦР

г) Определяют концентрацию РНК ВИЧ (вирусную нагрузку) методом ПЦР