

Анестезиология-реаниматология (ВО) Вторая 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. 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

3. Код исследования крови на вич при аварийной ситуации

- а) 120
- б) 108
- в) 102
- г) 113

4. При попадании биологической жидкости от вич- инфицированнго 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

5. 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

6. 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

7. Приказ мз рф, определяющий критерии качества оказания медицинской помощи

а) 203н

б) 183н

в) 363

г) 919н

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

а) 919н

б) 183н

в) 363

г) 203н

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

а) 909н

б) 183н

в) 203н

г) 919н

10. 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

11. 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

12. 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

13. 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

14. 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

15. 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

16. 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

17. 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

18. 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

19. 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

20. 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

21. Альтернативным способом введения лекарственных препаратов при реанимационных мероприятиях является

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

22. 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

23. Какой путь передачи наиболее частый в стационаре

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

24. К системе физиологических антикоагулянтов относятся

- а) антитромбин iii, протеин с
- б) тканевой активатор плазминогена, калликреин
- в) тканевой фактор, серотонин
- г) альфа2 антиплазмин, альфа2 антиглобулин

25. 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

26. 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

27. 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

28. 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

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

- а) антитромбина iii
- б) калликреина
- в) протеина с

г) альфа2 антиглобулина

30. Нормализация гемостаза при применении низкомолекулярных гепаринов наступает через

а) 12 часов

б) 6 часов

в) 4 – 6 суток

г) 5 – 8 суток

31. После удаления перидурального катетера нефракционированный гепарин может быть введен через

а) 1 час

б) 3 часа

в) 6 часов

г) 12 часов

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

а) 24 часа

б) 12 часов

в) 48 часов

г) 72 часа

33. 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

34. Какой из предложенных методов наиболее специфичен для диагностики тЭЛА

а) мскт с контрастом

б) эхокг

в) rg органов грудной клетки

г) d-димер

35. 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

36. 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 пуha
- г) изолированные переломы костей голени

37. 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

38. Ограничением к применению антикоагулянтов является

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

39. 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)

40. 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

41. 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

42. Альтернативными препаратами при развитии гепарининдуцированной тромбоцитопении являются

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

43. Отмена варфарина перед операцией проводится за

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

44. Противопоказанием для назначения варфарина является

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

45. Пиковый эффект аспирина проявляется через

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

46. Нормализация гемостаза после применения низкомолекулярных гепаринов наступает через

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

47. 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

48. Определение септического шока:

- а) сепсис с гипотензией, требующей введения вазопрессоров для $\text{сд} \leq 65 \text{ mmHg}$ и лактата сыворотки $\geq 2 \text{ мм/л}$
- 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

49. 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

50. 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

51. В рекомендациях сепсис-3 использование шкалы qsofa рекомендовано

а) вместо sirs (сво) на этапе приемного отделения

б) вместо sirs (сво) на этапе орнит

в) вместо sirs (сво) на этапе приемного отделения и орнит

г) вместо sirs (сво) на этапе перевода из орнит

52. Скрининговыми показателями для эффективной диагностики сепсиса являются

а) лактат ≥ 2 мм/л, pct > 2 нг/л, увеличение срб, кос – метаболический/респираторный ацидоз

б) лактат ≥ 4 мм/л, pct > 10 нг/л, кос – метаболический ацидоз

в) 2 мм/л \leq лактат ≤ 10 мм/л, pct ≤ 10 нг/л, срб ≥ 5 мг/л, кос – метаболический алкалоз

г) лактат ≥ 2 мм/л, pct > 10 нг/л, срб ≥ 100 мг/л

53. 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

54. 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

55. 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

56. Инфузионная терапия в алгоритме целенаправленной ранней ИТ сепсиса и септического шока:

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

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

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

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

57. Вазоактивные препараты в алгоритме целенаправленной ранней ИТ сепсиса и септического шока:

а) норадреналин препарат выбора в дозе ≤ 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

58. 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

59. Основные микроорганизмы, возбудители иохв:

а) стафилококки

б) стрептококки

в) анаэробы

г) грамотрицательные микроорганизмы

60. Главный возбудитель госпитальной инфекции:

а) грамотрицательные микроорганизмы

б) стафилококки;

в) стрептококки;

г) анаэробы.

61. 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)

62. 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

63. В основе рациональной абт лежит стратификация больных:

а) по локализации инфекции, тяжести состояния и индивидуальным особенностям пациента, использованию 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

64. Рациональный путь введения антибиотика при сепсисе:

а) внутривенный

б) внутримышечный;

в) внутривенный и внутримышечный;

г) внутривенный и эндолимфатический.

65. 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.

66. 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.

67. 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.

68. 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.

69. 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.

70. 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

71. У рожениц с ожирением методом выбора обезболивания родов является

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

72. В премедикацию рожениц с ожирением обязательно следует включать

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

73. Антикоагулянтом с доказанным тератогенным действием является

- а) варфарин
- б) нефракционированный гепарин
- в) низкомолекулярные гепарины

г) новые пероральные антикоагулянты

74. 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

75. У беременных с механическими клапанами сердца при проведении тромбопрофилактики антагонистами витамина к целевой уровень мнo составляет

а) 2,5 – 3,5

б) 1,5 – 2,5

в) 3,5 – 4,5

г) 4,5 – 5,5

76. 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

77. 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

78. 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

79. 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

80. 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

81. Основой адекватной терапии для пациентов в критическом состоянии является:

а) оптимизация гемодинамики

б) рациональная антибактериальная терапия

в) сбалансированная инфузионная терапия

г) eras-протокол

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

а) кристаллоиды, коллоиды, препараты крови

- б) кристаллоиды, гидроксипропилкрахмалы, препараты крови
- в) кристаллоиды, коллоиды, препараты малообъемной реанимации
- г) кристаллоиды, синтетические и натуральные коллоиды

83. 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, аминоклазма, липофундин

84. Препарат для низкообъемной гиперосмотической волюмокоррекции:

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

85. 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

86. 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

87. Основной неблагоприятный эффект применения парэнтерального питания:

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

88. 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

89. 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

90. Безопасная инфузионная терапия у пациентов с синдромом массивного разможнения 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

91. 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 nyha
- в) окс, впервые выявленная гипертрофическая кардиомиопатия
- г) им давностью < 90 суток, впервые выявленная фибрилляция желудочков

92. 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

93. К операциям среднего риска кардиологических осложнений относятся

- а) каротидная эндартерэктомия, 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

94. Для скрининговой оценки кардиологического риска в общехирургической практике рекомендована шкала

- а) lee
- б) goldman
- в) detsky
- г) vanzetto

95. Маркером высокого кардиального риска декомпенсации сердечной недостаточности имеет предоперационный уровень

- а) nt-probnp
- б) cd4
- в) высокочувствительный тропонин i
- г) интерлейкин 6

96. Бета - адреноблокаторы

- а) уменьшают потребность миокарда в o_2
- б) предотвращают развитие тромбоза
- в) ограничивают развитие атеросклеротических бляшек
- г) способствуют ремоделированию поврежденного миокарда

97. 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

98. Важнейшим способом интраоперационного мониторинга ишемии миокарда является

- а) экг
- б) высокочувствительный тропонин i
- в) nt- провnp
- г) инвазивный мониторинг ад

99. Предпочтительным ингаляционным анестетиком при сопутствующей ибс является

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

100. Минимальным депрессивным эффектом на миокард обладает

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

101. 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

102. 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

103. К препаратам выбора лечения неотложных состояний при артериальной

гипертензии относятся

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

104. 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

105. 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

106. 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.

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, аминоклазмаль, липофундин.

108. Препарат для низкообъемной гиперосмотической волюмокоррекции:

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

109. 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.

110. 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.

111. Основная проблема несбалансированных растворов:

- а) гиперхлоремия;
- б) гипернатриемия;
- в) гиперволемия;
- г) гипералиментация.

112. Основной неблагоприятный эффект применения растворов для парэнтерального питания:

- а) гипералиментация;
- б) гипернатриемия;
- в) гиперволемия;
- г) гиперхлоремия.

113. Основные клинические проявления гипергидратации:

- а) отеки, гипокалиемия, уремическая интоксикация;
- б) головокружение, снижение тургора кожи, судороги;

- в) жажда, отсутствие слюноотечения, энцефалопатия;
- г) гипотензия, тахикардия, слабый пульс, акроцианоз.

114. 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.

115. 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.

116. 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

117. 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

118. 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

119. Особенности транспорта о₂ у детей младшей возрастной группы в ожоговом шоке

а) высокий си (сердечный индекс), быстрое формирование о₂ задолженности

б) низкий си, отсутствие формирования о₂ задолженности

в) высокий си, отсутствие формирования о₂ задолженности

г) низкий си, быстрое формирование о₂ задолженности

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

а) почечная недостаточность

б) энтеральная недостаточность

в) двс синдром

г) почечная недостаточность

121. 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

122. 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

123. 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

124. 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

125. 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

126. 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)

127. 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

128. 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

129. 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

130. 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

131. 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