

Скорая медицинская помощь (ВО) Первая категория

1. Скорая медицинская помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих:

- а) срочной госпитализации
- б) срочного медицинского вмешательства;
- в) срочной медицинской эвакуации
- г) все ответы верны.

2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается на основе

- а) стандартов медицинской помощи
- б) клинических рекомендаций (протоколов лечения)
- в) стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения);
- г) монографий по диагностике, лечению и профилактики заболеваний.

3. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- а) экстренной, неотложной
- б) первичной доврачебной помощи, неотложной
- в) плановой, паллиативной
- г) экстренной, специализированной

4. Поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются:

- а) острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний;
- б) внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни пациента;
- в) внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, требующие срочного медицинского вмешательства.
- г) обострения хронических заболеваний, требующие специализированного медицинского вмешательства

5. Для ИМпСТ в отведениях V2-V3 диагностически значимым является:

- а) повышение ST \geq 1,5 мм у женщин независимо от возраста.

- б) повышение ST \geq 1,5 мм у женщин независимо от возраста.
- в) повышение ST \geq 1,5 мм у женщин независимо от возраста.
- г) повышение ST \geq 2 мм у женщин независимо от возраста.

6. Для ИМпСТ во всех других грудных и стандартных отведениях диагностически значимым признается:

- а) подъем сегмента ST \geq 0,5 мм.
- б) подъем сегмента ST \geq 1 мм.
- в) подъем сегмента ST \geq 1,5 мм.
- г) подъем сегмента ST \geq 2 мм.

7. У пациентов с ОКС наиболее высокой специфичностью и чувствительностью обладают:

- а) Тропонины I и T
- б) МВ-фракция креатинфосфокиназы
- в) Миоглобин
- г) Лактатдегидрогеназа (ЛДГ)

8. При ОКС без подъема сегмента ST уровень тропонина

- а) нормализуется через 38-42ч
- б) нормализуется через 43-62ч.
- в) нормализуется через 48-72ч.
- г) нормализуется через 72- 84ч.

9. Реперфузионная терапия (ЧКВ или тромболизис) показана всем больным кроме больных с

- а) болью/дискомфортом в груди длительностью $<$ 12 ч
- б) болью/дискомфортом в груди длительностью \geq 12 ч
- в) персистирующим подъемом сегмента ST
- г) новой блокадой левой ножки пучка Гиса

10. При отсутствии противопоказаний и невозможности выполнения ЧКВ в рекомендуемые сроки

- а) предпочтительно на догоспитальном этапе незамедлительно доставить больного в центр с возможностью выполнения ЧКВ

- б) предпочтительно на догоспитальном этапе выполнить тромболизис
- в) предпочтительно на догоспитальном этапе незамедлительно доставить больного в стационар с отделением кардиологии.
- г) предпочтительно на догоспитальном этапе доставить в терапевтическое отделение стационара.

11. Тромболитическая терапия проводится, если ЧКВ невозможно выполнить в:

- а) течение 140 минут от момента первого контакта с медработником
- б) течение 130 минут от момента первого контакта с медработником
- в) течение 120 минут от момента первого контакта с медработником
- г) течение 150 минут от момента первого контакта с медработником

12. При большом инфаркте и низком риске кровотечения должна быть проведена тромболитическая терапия

- а) Если с момента появления симптомов прошло менее 2 часов, а ЧКВ не может быть выполнено в течение 90 минут,
- б) Если с момента появления симптомов прошло менее 2 часов, а ЧКВ не может быть выполнено в течение 120 минут,
- в) Если с момента появления симптомов прошло менее 6 часов, а ЧКВ не может быть выполнено в течение 120 минут,
- г) Если с момента появления симптомов прошло более 12 часов, а ЧКВ не может быть выполнено в течение 120 минут,

13. К абсолютным противопоказаниям для проведения тромболитической терапии при ОКС не относятся:

- а) Геморрагический инсульт или инсульт неизвестного происхождения лю-бой давности
- б) Ишемический инсульт в предыдущие 6 месяцев
- в) Желудочно-кишечное кровотечение в течение предыдущего месяца
- г) Терапия оральными антикоагулянтами

14. К относительным противопоказаниям для проведения тромболитической терапии при ОКС не относятся:

- а) Транзиторная ишемическая атака в течение предыдущих 6 месяцев
- б) Терапия оральными антикоагулянтами
- в) Резистентная гипертония (систолическое АД >180 мм рт. ст. и/или диа-столическое АД >110 мм рт. ст.)

г) Пункция несдавливаемого участка (в т.ч. биопсия печени, люмбаль-ная пункция) в предшествующие 24 часа

15. Укажите правильное определение «Гипертонический криз» (ГК) согласно Российским национальным рекомендациям:

а) это остро возникшее выраженное повышение артериального давления (АД), сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней.

б) это остро возникшее выраженное повышение артериального давления (АД), сопровождающееся клиническими симптомами, поражения органов-мишеней.

в) Это повышение артериального давления (АД), требующее его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней.

г) Это повышение артериального давления (АД), требующее его снижения в короткий промежуток времени.

16. В большинстве случаев «Гипертонический криз» ГК согласно Российским национальным рекомендациям развиваются при:

а) систолическом давлении (САД) выше 160 мм рт. ст. и/или диастолическом давлении (ДАД) выше 100 мм рт. ст.;

б) систолическом давлении (САД) выше 180 мм рт. ст. и/или диастолическом давлении (ДАД) выше 120 мм рт. ст.;

в) систолическом давлении (САД) выше 200 мм рт. ст. и/или диастолическом давлении (ДАД) выше 110 мм рт. ст.;

г) систолическом давлении (САД) выше 220 мм рт. ст. и/или диастолическом давлении (ДАД) выше 140 мм рт. ст.;

17. Препарат выбора при Артериальной гипертензии, ухудшение без признаков гиперсимпатикотонии:

а) каптоприл (капотен) 25 мг сублингвально при недостаточном эффек-те дать повторно через 30 мин в той же дозе.

б) моксонидин (физиотенз) 0,4 мг сублингвально при недостаточном эффек-те дать повторно через 30 мин в той же дозе.

в) клонидин 0,1 мг внутривенно струйно медленно.

г) урапидил (эбрантил) 25 мг внутривенно дробно медленно.

18. Препарат выбора при Артериальной гипертензии, ухудшение с признаками гиперсимпатикотонии:

а) каптоприл (капотен) 25 мг сублингвально при недостаточном эффекте дать повторно

через 30 мин в той же дозе.

б) моксонидин (физиотенз) 0,4 мг сублингвально при недостаточном эффекте дать повторно через 30 мин в той же дозе.

в) моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2 мг однократно под язык.

г) урапидил (эбрантил) 25 мг внутривенно дробно медленно.

19. Препарат выбора при изолированной систолической артериальной гипертензии:

а) каптоприл (капотен) 25 мг сублингвально при недостаточном эффекте дать повторно через 30 мин в той же дозе.

б) моксонидин (физиотенз) 0,4 мг сублингвально при недостаточном эффек-те дать повторно через 30 мин в той же дозе.

в) моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2 мг однократно под язык.

г) клонидин 0,1 мг внутривенно струйно медленно.

20. Препарат выбора при Гипертензивном кризе без повышения симпатической активности:

а) каптоприл (капотен) 25 мг сублингвально при недостаточном эффекте дать повторно через 30 мин в той же дозе.

б) моксонидин (физиотенз) 0,4 мг сублингвально при недостаточном эффек-те дать повторно через 30 мин в той же дозе.

в) моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2 мг однократно под язык.

г) урапидил (эбрантил) внутривенно струйно медленно в дозе 12,5 мг при недостаточном эффекте повторять инъекции урапидила в той же дозе не раньше, чем через 10 мин.

21. Препарат выбора при Гипертензивном кризе с высокой симпатической активностью:

а) моксонидин (физиотенз) 0,4 мг сублингвально при недостаточном эффек-те дать повторно через 30 мин в той же дозе.

б) урапидил (эбрантил) внутривенно струйно медленно в дозе 12,5 мг

в) клонидин 0,1 мг внутривенно струйно медленно

г) урапидил (эбрантил) 25 мг внутривенно дробно медленно.

22. Препарат выбора при Гипертензивном кризе и острой тяжелой гипертензивной энцефалопатии (судорожная форма).

а) урапидил (эбрантил) внутривенно струйно медленно в дозе 12,5 мг

б) клонидин 0,1 мг внутривенно струйно медленно

в) урапидил (эбрантил) 25 мг внутривенно дробно медленно.

г) нитроглицерин (нитроспринт спрей) 0,4 мг под язык и до 10 мг нитроглицерина (перлиганит) внутривенно капельно до получения эффекта под контролем артериального давления.

23. Препарат выбора при Гипертензивном кризе и отеке легких:

а) урапидил (эбрантил) внутривенно струйно медленно в дозе 12,5 мг

б) клонидин 0,1 мг внутривенно струйно медленно

в) урапидил (эбрантил) 25 мг внутривенно дробно медленно.

г) нитроглицерин (нитроспринт спрей) 0,4 мг под язык и до 10 мг нитроглицерина (перлиганит) внутривенно капельно до получения эффекта под контролем артериального давления.

24. Препарат выбора при Гипертензивном кризе и инсульте:

а) моксонидин (физиотенз) в дозе 0,2 мг однократно под язык.

б) урапидил (эбрантил) внутривенно струйно медленно в дозе 12,5 мг

в) клонидин 0,1 мг внутривенно струйно медленно

г) нитроглицерин (нитроспринт спрей) 0,4 мг под язык и до 10 мг нитроглицерина (перлиганит) внутривенно капельно до получения эффекта под контролем артериального давления.

25. Укажите лекарственным препарат с помощью которого подавляют Гипертензивный криз при феохромоцитоме:

а) нитроглицерин

б) магния сульфат

в) клонидин

г) урапидил (эбрантил)

26. Укажите верное определение инсульта:

а) Инсульт – нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), характеризующееся появлением очаговых неврологических и/или общемозговых симптомов, приводящих к смерти больного вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

б) Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), характеризующееся внезапным (в течение минут, реже в течение ча-сов) появлением очаговых неврологических и/или общемозговых симптомов, сохраняющихся более 24 часов или приводящих к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

в) Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), характеризующееся появлением неврологических и/или общемозговых симптомов, сохраняющихся более 12 часов вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

г) Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), характеризующееся появлением неврологических симптомов.

27. Укажите какими клиническими признаками характеризуется ОНМК:

а) внезапным (в течение минут, реже часов) возникновением менингеальной симптоматики.

б) постепенное (в течение дней, реже недель) возникновением очаговой и/или общемозговой симптоматики.

в) внезапным (в течение минут, реже часов) возникновением очаговой (или общемозговой и менингеальной) симптоматики.

г) постепенное (в течение дней, реже недель) возникновением очаговой симптоматики.

28. К общемозговым и менингеальным симптомам при ОНМК относятся все кроме:

а) различных вариантов выключения сознания (оглушение, сопор, кома)

б) головной боли, тошноты, рвоты, головокружения;

в) гемианопсии (выпадение полей зрения);

г) симптома Кернига.

29. К очаговым симптомам при ОНМК относятся все кроме:

а) односторонних двигательных нарушений в конечностях в виде парезов или параличей;

б) дизартрии, афазии

в) анизокории

г) сомноленции;

30. Укажите в чем заключается основной принцип лечения больных с ОНМК на догоспитальном этапе:

а) Лечение на догоспитальном этапе заключается в стабилизации нарушенных жизненно-важных функций с целью скорейшей доставки пациента в специализированное отделение для лечения больных с ОНМК.

б) Лечение на догоспитальном этапе заключается в скорейшей доставке пациента в приемное отделение стационара (минимизация временных затрат при транспортировке).

в) Лечение на догоспитальном этапе заключается в стабилизации нарушенных жизненно-важных функций и определение наличия противопоказаний для транспортировки больных

с ОНМК.

г) Лечение на догоспитальном этапе заключается в ликвидации нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы и определения транспортабельности пациента

31. Препараты, не рекомендованные для применения у больных с инсультом на догоспитальном этапе все кроме:

а) фуросемида

б) парацетама

в) эуфиллина

г) диазепама

32. Укажите показания для интубации трахеи и проведение ИВЛ у больных с ОНМК

а) снижении уровня сознания (менее 10 баллов по Шкале Комы Глазго), аспирации или высоком риске аспирации, брадикардия менее 18 в 1 минуту, тахикардия более 25-30 в 1 минуту

б) снижении уровня сознания (менее 6 баллов по Шкале Комы Глазго), аспирации или высоком риске аспирации, брадикардия менее 10 в 1 минуту, тахикардия более 45-50 в 1 минуту

в) снижении уровня сознания (менее 8 баллов по Шкале Комы Глазго), аспирации или высоком риске аспирации, брадикардия менее 12 в 1 минуту, тахикардия более 35-40 в 1 минуту.

г) снижении уровня сознания (менее 6 баллов по Шкале Комы Глазго), аспирации или высоком риске аспирации, брадикардия менее 10 в 1 минуту, тахикардия более 45-50 в 1 минуту

33. Постепенное снижение АД при подозрении на ишемический характер ОНМК допустимо при цифрах систолического АД;

а) превышающих 220 мм рт.ст.;

б) превышающих 200 мм рт.ст.;

в) превышающих 180 мм рт.ст.;

г) превышающих 160 мм рт.ст.;

34. Постепенное снижение АД при подозрении на геморрагический характер инсульта необходимо снижать при цифрах систолического АД:

а) более 220 мм.рт.ст.

б) более 100 мм.рт.ст.

в) более 180 мм.рт.ст.

г) более 160 мм.рт.ст.

35. Для пациентов с ОНМК необходима максимально быстрая и приоритетная госпита-лизация в стационар с целью возможного проведения тромболитической терапии:

а) в первые 4,5 часа (от момента обращения за медицинской помощью)

б) в первые 4,5 часа (от момента появления первых симптомов)

в) в первые 4,5 часа (от момента первого контакта медицинского работника с пациентом)

г) в первые 5 часа (от момента первого контакта медицинского работника с пациентом)

36. Транспортировка больных с ОНМК осуществляется:

а) на носилках с приподнятым до 300 головным концом

б) на носилках с приподнятым до 400 головным концом

в) на носилках с приподнятым до 600 головным концом

г) на носилках с приподнятым до 900 головным концом

37. Бригада скорой медицинской помощи, производящая транспортировку больного с признаками ОНМК в медицинскую организацию, в которой создано отделение для боль-ных с ОНМК обязана выполнять следующие требования кроме:

а) предварительного устного оповещения медицинской организации (отде-ление) о поступлении больного с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени поступления

б) больные госпитализируются, минуя приемное отделение медицинской организации

в) транспортировки осуществлять на носилках с приподнятым до 300 голов-ным концом, независимо от тяжести состояния больного.

г) не показана госпитализация с признаками транзиторных ишемиче-ских атак.

38. ЭКГ-признаки трепетания предсердий

а) Наличие на ЭКГ частых (до 200–400 в минуту), регулярных, похожих друг на друга предсердных волн F, имеющих характерную пилообразную форму. Сохраняется правильный, регулярный желудочковый ритм с одинаковыми интервалами F–F. Наличие нормальных, неизмененных желудочковых комплексов, каждому из которых предшествует определенное количество предсердных волн F (2:1; 3:1; 4:1).

б) Отсутствие во всех ЭКГ- отведениях зубца P. Наличие на протяжении всего сердечного цикла беспорядочных мелких волн F, имеющих различную форму и амплитуду. Нерегулярность желудочковых комплексов QRS — неправильный желудочковый ритм.

в) Наличие в каждом зарегистрированном комплексе P–QRS–T признаков несинусового (предсердного, из атриовентрикулярного соединения или желудочкового) водителя ритма.

г) Отсутствие в отведениях II, III и aVF зубцов P', которые сливаются с желудочковым комплексом QRS.

39. ЭКГ-признаки фибрилляции предсердий

а) Наличие на ЭКГ частых (до 200–400 в минуту), регулярных, похожих друг на друга предсердных волн F, имеющих характерную пилообразную форму. Сохраняется правильный, регулярный желудочковый ритм с одинаковыми интервалами F–F. Наличие нормальных, неизменных желудочковых комплексов, каждому из которых предшествует определенное количество предсердных волн F (2:1; 3:1; 4:1).

б) Отсутствие во всех ЭКГ-отведениях зубца P. Наличие на протяжении всего сердечного цикла беспорядочных мелких волн F, имеющих различную форму и амплитуду. Нерегулярность желудочковых комплексов QRS — неправильный желудочковый ритм.

в) Наличие в каждом зарегистрированном комплексе P–QRS–T признаков несинусового (предсердного, из атриовентрикулярного соединения или желудочкового) водителя ритма.

г) Отсутствие в отведениях II, III и aVF зубцов P', которые сливаются с желудочковым комплексом QRS.

40. ЭКГ-признаки пароксизмальной наджелудочковой тахикардии все кроме:

а) Внезапно начинающийся и так же внезапно заканчивающийся приступ учащения сердечных сокращений до 140–250 в минуту при сохранении правильного ритма.

б) Постепенное учащение сердечного ритма до 100–130 в минуту.

в) Отсутствие в отведениях II, III и aVF зубцов P', которые сливаются с желудочковым комплексом QRS.

г) Нормальные, неизменные желудочковые комплексы QRS', похожие на QRS, регистрировавшиеся до возникновения приступа пароксизмальной тахикардии.

41. ЭКГ-признаки непароксизмальные наджелудочковые тахикардии все кроме:

а) Постепенное учащение сердечного ритма до 100–130 в минуту.

б) Правильный желудочковый ритм.

в) Продолжительность комплекса QRS более 140 мс; комплексы деформированы

г) Наличие в каждом зарегистрированном комплексе P–QRS–T признаков несинусового (предсердного, из атриовентрикулярного соединения или желудочкового) водителя ритма.

42. Показания к восстановлению синусового ритма на догоспитальном этапе при мерцательной аритмии все кроме:

- а) длительность мерцательной аритмии менее 48 ч;
- б) длительность мерцательной аритмии более 48 ч в сочетании с нарушением гемодинамики, ишемией миокарда и ЧСС более 250 в минуту.
- в) длительность мерцательной аритмии более 48 ч
- г) длительность мерцательной аритмии менее 24 ч;

43. ЭКГ- признаки пароксизмальной желудочковой тахикардии все кроме:

- а) Продолжительность комплекса QRS более 140 мс; комплексы деформированы.
- б) Наличие сливных комплексов QRS и/или желудочковых захватов на ЭКГ (не выявляются при высокой частоте ритма желудочков).
- в) Наличие атриовентрикулярной диссоциации (не выявляется при высокой частоте ритма желудочков).
- г) Нормальные, неизмененные желудочковые комплексы QRS, похожие на QRS, регистрировавшиеся до возникновения приступа пароксизмальной тахикардии.

44. ЭКГ- признаки синоатриальные блокады (СА) все кроме

- а) выпадение одного или нескольких синусовых циклов.
- б) возникающие паузы по продолжительности обычно кратные основным интервалам могут выпадать три синусовых цикла и более
- в) удлиняется пауза между комплексами QRS
- г) зубцы Р на ЭКГ не связаны с комплексом QRS и находятся на разном расстоянии перед ними или за ними предсердия возбуждаются в своем ритме, желудочки в своем, более редком, возникает полная АВ-диссоциация.

45. ЭКГ- признаки атриовентрикулярные блокады (АВ) I ст.

- а) удлинением интервала P–Q более 0,22 с;
- б) интервалы P–Q последовательно удлиняются до тех пор, пока импульс из предсердий не блокируется, и после зубца Р комплекс QRS не возникает
- в) периодическое выпадение комплекса QRS происходит без изменений интервала P–Q
- г) зубцы Р на ЭКГ не связаны с комплексом QRS и находятся на разном расстоянии перед ними или за ними предсердия возбуждаются в своем ритме, желудочки в своем, более редком, возникает полная АВ-диссоциация.

46. ЭКГ- признаки атриовентрикулярные блокады (АВ) II ст. типа Мобитц I

- а) удлинением интервала P–Q более 0,22 с
- б) интервалы P–Q последовательно удлиняются до тех пор, пока им-пульс из предсердий

не блокируется, и после зубца Р комплекс QRS не возникает;

в) периодическое выпадение комплекса QRS происходит без изменений интервала P–Q

г) зубцы Р на ЭКГ не связаны с комплексом QRS и находятся на разном расстоянии перед ними или за ними предсердия возбуждаются в своем ритме, желудочки в своем, более редком, возникает полная АВ-диссоциация.

47. ЭКГ- признаки атриовентрикулярные блокады (АВ) II ст. типа Мобитц 2

а) удлинением интервала P–Q более 0,22 с

б) интервалы P–Q последовательно удлиняются до тех пор, пока импульс из предсердий не блокируется, и после зубца Р комплекс QRS не возникает

в) периодическое выпадение комплекса QRS происходит без изменений интервала P–Q;

г) зубцы Р на ЭКГ не связаны с комплексом QRS и находятся на разном расстоянии перед ними или за ними предсердия возбуждаются в своем ритме, желудочки в своем, более редком, возникает полная АВ-диссоциация.

48. ЭКГ- признаки атриовентрикулярные блокады (АВ) III ст.

а) удлинением интервала P–Q более 0,22 с

б) интервалы P–Q последовательно удлиняются до тех пор, пока импульс из предсердий не блокируется, и после зубца Р комплекс QRS не возникает

в) периодическое выпадение комплекса QRS происходит без изменений интервала P–Q

г) зубцы Р на ЭКГ не связаны с комплексом QRS и находятся на разном расстоянии перед ними или за ними предсердия возбуждаются в своем ритме, желудочки в своем, более редком, возникает полная АВ-диссоциация.

49. Укажите верное определение Внезапная сердечная смерть (ВСС) это:

а) неожиданная смерть, произошедшая в течение суток от появления симп-томов у пациента с известной сердечной болезнью или без нее.

б) неожиданная смерть от сердечных причин, произошедшая в течение 1 ч от появления симптомов у пациента с известной сердечной болезнью или без нее.

в) неожиданная смерть от сердечных причин, произошедшая у пациента с известной сердечной болезнью или без нее

г) неожиданная смерть, произошедшая у пациента по неизвестной причине в течение часа.

50. Согласно рекомендациям AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020г при остановке сердца у пациентов с нешоковым ритмом целесообразно:

а) вводить адреналин в кратчайшие возможные сроки

- б) проводить непрямой массаж сердца
- в) минимизировать интервалы между компрессиями
- г) минимизировать интервал между ИВЛ

51. Согласно рекомендациям AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020г укажите обновлённую информацию.

- а) Для введения препаратов при остановке сердца специалистам целесообразно сначала попытаться установить венозный доступ.
- б) Если попытки установить венозный доступ невозможны или не принесли результата, можно рассмотреть установку внутрикостного доступа.
- в) Если венозный доступ невозможен, специалистам целесообразно установить внутрикостный доступ.
- г) Установить внутрикостный доступ.

52. Какую последовательность используют при остановке сердца у взрослого во время проведения СЛР (A (airing) – восстановление проходимости дыхательных путей; B (breathing) – экстренная искусственная вентиляция легких; C (circulation) – осуществление искусственного кровообращения путем непрямого массажа сердца)

- а) А-В-С
- б) С-В-А
- в) С-А-В
- г) В-С-А

53. Базовая СЛР при внезапной сердечной смерти включает

- а) компрессии грудной клетки, искусственную вентиляцию легких (ИВЛ)
- б) компрессии грудной клетки, искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), дефибрилляцию;
- в) компрессии грудной клетки, искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), дефибрилляцию и обеспечение внутривенного доступа.
- г) искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), дефибрилляцию и обеспечение внутрикостного доступа.

54. При фибрилляции желудочков и возможности проведения дефибрилляции

- а) в первые 3 мин клинической смерти начинать с непрямого массажа сердца
- б) в первые 3 мин клинической смерти начинать с нанесения электрического разряда;
- в) в первые 3 мин клинической смерти начинать с искусственной вентиляции легких.

г) компрессии грудной клетки, искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), интубация трахеи и обеспечение внутривенного доступа.

55. Укажите правильные ответ на вопрос о выборе медицинской организации для доставки пациента при осуществлении медицинской эвакуации производится исходя из:

а) тяжести состояния пациента; минимальной по времени транспортной доступности до места расположения медицинской организации; возраста пациента;

б) минимальной по времени транспортной доступности до места расположения медицинской организации; возраста пациента; профиля медицинской организации;

в) тяжести состояния пациента; минимальной по времени транспортной доступности до места расположения медицинской организации; профиля медицинской организации;

г) минимальной по времени транспортной доступности до места расположения медицинской организации; пола пациента; профиля медицинской организации;

56. Укажите правильный ответ во время осуществления медицинской эвакуации:

а) медицинские работники выездной бригады скорой медицинской помощи находятся рядом с водителем

б) медицинский работник выездной бригады скорой медицинской помощи, назначенный старшим бригады, находится рядом с водителем, «второй» медицинский работник выездной бригады скорой медицинской помощи находится рядом с пациентом и осуществляет мониторинг состояния функций организма пациента и оказывают ему необходимую медицинскую помощь

в) медицинские работники выездной бригады скорой медицинской помощи находятся рядом с пациентом осуществляют мониторинг состояния функций организма пациента и оказывают ему необходимую медицинскую помощь.

г) медицинские работники выездной бригады скорой медицинской помощи медицинское наблюдение за пациентом не проводят

57. Общепрофильная врачебная выездная бригада скорой медицинской помощи включает всех кроме

а) врача скорой медицинской помощи, фельдшера скорой медицинской помощи и водителя,

б) врача скорой медицинской помощи и водителя,

в) врача скорой медицинской помощи, медицинскую сестру (медицинского брата) и водителя,

г) врача скорой медицинской помощи, фельдшера скорой медицинской помощи, фельдшера скорой медицинской помощи или медицинскую сестру (медицинского брата) и

водителя.

58. Специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации, в том числе педиатрическая, включает всех кроме

- а) врача-анестезиолога-реаниматолога и двух медицинских сестер-анестезистов и водителя.
- б) врача-анестезиолога-реаниматолога и двух фельдшеров скорой медицинской помощи и водителя.
- в) врача-анестезиолога-реаниматолога, фельдшера скорой медицинской помощи, медицинскую сестеру - анестезистку и водителя
- г) врача-анестезиолога-реаниматолога, медицинскую сестеру – анестезистку. медицинскую сестеру - анестезистку и водителя

59. Специализированная психиатрическая выездная бригада скорой медицинской помощи включает всех кроме:

- а) врача-психиатра, фельдшера скорой медицинской помощи, санитаря и водителя,
- б) врача-психиатра и двух фельдшеров скорой медицинской помощи и водителя.
- в) врача-психиатра и двух санитаров и водителя.
- г) врача-психиатра, медицинскую сестру (медицинского брата), санитаря и водителя.

60. Время доезда до пациента выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента

- а) вызова бригады скорой медицинской помощи
- б) получения вызова бригадой скорой медицинской помощи
- в) выезда на вызов бригады скорой медицинской помощи
- г) выезда с подстанции бригады скорой медицинской помощи

61. Базовую СЛР при внезапной остановке сердца при отсутствии дефибриллятора необходимо начать с

- а) проведения глубоких (7 см), частых (не менее 120 в минуту), непрерывных компрессий грудной клетки с соотношением продолжительности компрессии и декомпрессии 1:1, соотношение компрессий и дыхания у взрослых 15:2.
- б) проведения глубоких (2-5 см), частых (не менее 100 в минуту), непрерывных компрессий грудной клетки с соотношением продолжительности компрессии и декомпрессии 1:1, соотношение компрессий и дыхания у взрослых 5:1.
- в) проведения глубоких (5 см), частых (не менее 100 в минуту), непрерывных компрессий

грудной клетки с соотношением продолжительности компрессии и декомпрессии 1:1, соотношение компрессий и дыхания у взрослых 30:2.

г) проведения глубоких (6 см), частых (не менее 120 в минуту), непрерывных компрессий грудной клетки с соотношением продолжительности компрессии и декомпрессии 1:1, соотношение компрессий и дыхания у взрослых 2:30

62. Укажите верное определение синдрома внезапной смерти детей грудного возраста или синдром внезапной смерти младенцев (СВСМ)

а) это внезапная смерть ребенка в возрасте от 2 дней до одного месяца жизни, которая остается необъяснимой после проведения полного посмертного исследования, включающего вскрытие, исследования места смерти и анализ медицинской документации

б) это внезапная смерть ребенка в возрасте от 7 дней до одного года жизни, которая остается необъяснимой после проведения полного посмертного исследования, включающего вскрытие, исследования места смерти и анализ медицинской документации

в) это внезапная смерть ребенка в возрасте от 1 месяца до одного года жизни, которая остается необъяснимой после проведения полного посмертного исследования, включающего вскрытие, исследования места смерти и анализ медицинской документации

г) внезапная смерть ребенка в возрасте от 2 месяца до 6 месяцев жизни, которая остается необъяснимой после проведения полного посмертного исследования, включающего вскрытие, исследования места смерти и анализ медицинской документации

63. При проведении ЗМС у детей следует добиваться глубины компрессий не менее:

а) 1 /2 от поперечного сечения грудной клетки.

б) 1 /4 от поперечного сечения грудной клетки.

в) 1 /3 от поперечного сечения грудной клетки.

г) 1 /5 от поперечного сечения грудной клетки.

64. Какую следует использовать последовательность при остановке сердца у новорожденных вовремя проведения СЛР (А (airing) – восстановление проходимости дыхательных путей; В (breathing) – экстренная искусственная вентиляция легких; С (circulation) – осуществление искусственного кровообращения путем непрямого массажа сердца)

а) А-В-С

б) С-В-А

в) С-А-В

г) В-С-А

65. Для грудных детей глубина вдавливания должна составлять приблизительно:

- а) 2см
- б) 4см
- в) 6см
- г) 8см

66. Согласно рекомендациям AMERICAN HEART ASSOCIATION 2020г во время СЛР пациентам детского возраста в любых условиях первую дозу адреналина целесообразно вводить

- а) в течение 5 минут с начала компрессии грудной клетки
- б) в течение 10 минут с начала компрессии грудной клетки
- в) в течение 15 минут с начала компрессии грудной клетки
- г) после интубации трахеи

67. Эпинефрин (адреналин) при отсутствии сведений о массе тела ребенка при СЛР возможно применение дозы:

- а) 0,1 мл 0,1% раствора на год жизни при разведении (1 мл 0,1% рас-твора на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида) 1 мл на год жизни;
- б) 0,2 мл 0,1% раствора на год жизни при разведении (1 мл 0,1% раствора на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида) 2 мл на год;
- в) 0,4 мл 0,1% раствора на год жизни при разведении (1 мл 0,1% раствора на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида) 4 мл на год;
- г) 0,4 мл 0,1% раствора на год жизни при разведении (1 мл 0,1% раствора на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида) 4 мл на год;

68. Атропин при отсутствии сведений о массе тела ребенка возможно применение дозы:

- а) 0,2 мл 0,1% раствора на год жизни при разведении (1 мл 0,1% раствора на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида) 2 мл на год;
- б) 0,4 мл 0,1% раствора на год жизни при разведении (1 мл 0,1% раствора на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида) 4 мл на год;
- в) 0,1 мл 0,1 % раствора на год жизни при разведении (1 мл 0,1% рас-твора на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида) 1 мл на год жизни.
- г) 0,6 мл 0,1% раствора на год жизни при разведении (1 мл 0,1% раствора на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида) 0.5 мл на год;

69. У детей первых месяцев жизни ожоговый шок развивается в случае поражения

- а) от 1–4% поверхности тела и более
- б) от 5–7% поверхности тела и более
- в) от 10% поверхности тела и более
- г) от 20% поверхности тела и более

70. У детей раннего возраста при остром аппендиците не является характерным

- а) повышение температуры тела, до 38-39 С
- б) многократная рвота, жидкий стул.
- в) симптом «подтягивания правой ножки и отталкивания правой ручкой» при пальпации правой подвздошной области.
- г) боль возникает постепенно в эпигастральной или околопупочной области и далее перемещается в правую подвздошную область

71. У детей возрасте старше 5-7 лет при о. аппендиците выявляют следующие симптомы кроме:

- а) симптом Филатова
- б) defense musculaire.
- в) симптом Щёткина-Блюмберга
- г) симптом Мюсси-Георгиевского

72. Этапность появления сыпи при кори:

- а) лицо - шея - туловище - конечности
- б) шея - туловище - лицо - конечности
- в) лицо - шея - все туловище
- г) шея - конечности - грудь

73. Выездная бригада скорой медицинской помощи выполняет следующие функции кроме:

- а) осуществляет незамедлительный выезд (вылет) на место вызова скорой медицинской помощи; осуществляет медицинскую эвакуацию пациента при наличии медицинских показаний.
- б) оказывает скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, включая установление ведущего синдрома и предварительного диагноза заболевания (состояния), осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента
- в) оказывает скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь,

выдает больничные листы, направляет пациента на обследование.

г) оказывает скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь,

74. Место расположения и территория обслуживания станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи) устанавливаются с учетом

а) численности населения

б) состояния транспортных магистралей,

в) интенсивности автотранспортного движения,

г) с учетом 20-минутной транспортной доступности.

75. Какие ЧС являются техногенными?

а) Аварии и катастрофы на транспорте, пожары взрывы, обрушение зданий и сооружений, выбросы АХОВ, аварии на системах жизнеобеспечения людей.

б) Землетрясения, извержения вулканов, оползни, обвалы, ураганы, сильные морозы, наводнения, природные пожары.

в) Случаи хищения опасных веществ, массовые беспорядки, нарушения общественного порядка, внезапное прекращение работы объектов непрерывного технологического цикла.

г) Массовые беспорядки, нарушения общественного порядка.

76. Какая сортировочная группа требует первоочередного внимания врача?

а) I сортировочная группа – агонирующие.

б) II сортировочная группа – пострадавшие, с повреждениями, опасными для жизни, нуждающиеся в неотложной помощи.

в) III сортировочная группа – пострадавшие, с повреждениями тяжелой и средней степени тяжести, на момент осмотра угрозы жизни нет.

г) IV сортировочная группа – легкопораженные.

77. Какова последовательность Ваших действий по первичной оценке состояния пораженного в ЧС?

а) Определение реакции зрачка на свет и корнеального рефлекса, подсчет числа дыхательных движений, выслушивание сердечных тонов, измерение АД.

б) Определение наличия (отсутствия) асфиксии, наружного кровотечения, судорожного состояния, определение уровня сознания, пульса, АД, локализации и характера травмы.

в) Оценка характера и частоты дыхательных движений, определение симптома «кошачьего глаза», определение целостности кровеносных сосудов, оценка органов чувств (зрение, речевой контакт), оценка активных и пассивных движений в суставах

конечностей.

г) Определение симптома «кошачьего глаза», определение целостности кровеносных сосудов, оценка активных и пассивных движений в суставах конечностей.

78. Какой временной норматив установлен на одного пострадавшего при проведении медицинской сортировки?

а) 2 – 3 минуты.

б) 5 – 6 минут.

в) 20 – 30 секунд.

г) 1,5 – 2 минуты.

79. В чем заключается значение медицинской сортировки?

а) Обеспечение распределения пораженных на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях.

б) В обеспечении приоритета лечения пострадавших, находящихся в крайне тяжелом состоянии.

в) В распределении пострадавших на легкопораженных и тяжелопораженных.

г) В распределении пострадавших по полу и возрасту

80. В какую сортировочную группу должен быть отнесен пострадавший, извлеченный из завала, имеющий сдавление одной нижней конечности в течение 4 – 5 часов?

а) Приоритет транспортировки в стационар с оказанием неотложной помощи.

б) Отсроченная помощь.

в) Отпущен домой на амбулаторно-поликлиническое лечение.

г) В распределении пострадавших по полу и возрасту

81. Сколько выделяют сортировочных групп пораженных в ЧС по степени нуждаемости в однородных лечебных мероприятиях?

а) 2 группы.

б) 8 групп.

в) 4 группы.

г) 6 групп

82. Каковы оптимальные сроки оказания первой медицинской помощи пострадавшим в ЧС?

- а) Не позднее 30 – 60 минут.
- б) Не позднее 1 – 2 часов.
- в) Не позднее 4 часов.
- г) Не позднее 5 – 6 часов.

83. Укажите сроки появления первичной реакции после облучения организма человека дозой, способной вызвать острую лучевую болезнь?

- а) 5 – 10 минут.
- б) 1,5 – 2 часа.
- в) 30 мин. – 3 часа.
- г) 3 час – 6 час

84. Укажите курс медикаментозной терапии для профилактики воздействия радионуклидов йода на щитовидную железу у взрослых пораженных?

- а) Калия йодид по 0,02 x 1 раз в день после еды в течении 7 – 8 суток.
- б) Калия йодид по 0,125 x 1 раз в день после еды в течении 7 – 8 суток.
- в) Калия йодид по 0,125 x 3 раза в день после еды в течении 7 – 8 суток.
- г) Калия йодид по 0,025 x 3 раза в день после еды в течении 7 – 8 суток.

85. Пострадавший доставлен из очага поражения концентрированной серной кислотой. Общее состояние удовлетворительное, имеет химический ожог кистей рук, жалуется на кашель, боли за грудиной, чувство нехватки воздуха. В какую сортировочную группу Вы отнесете пострадавшего?

- а) Агонирующие (1гр).
- б) Требуется неотложной врачебной помощи (2гр).
- в) Отсроченная помощь (3гр).
- г) Легко пораженные (4гр)

86. Для каких целей необходим изолирующий противогаз?

- а) Для работы в эпидемическом очаге.
- б) Для защиты органов дыхания, глаз и кожи лица от любого АХОВ, независимо от свойств и концентрации, и в условиях недостатка кислорода.
- в) Для защиты органов дыхания от радиоактивной пыли.
- г) Для защиты органов дыхания.

87. Укажите элементы одежды, входящие в комплект противочумного костюма?

- а) Пижама (комбинезон), носки, медицинская шапочка (косынка), медицинский халат, резиновые перчатки, резиновые сапоги, респиратор (ватно-марлевая повязка), защитные очки, прорезиненный фартук.
- б) Противогаз, медицинская шапочка (косынка), резиновые перчатки, резиновые сапоги, респиратор (ватно-марлевая повязка), защитные очки, прорезиненный фартук.
- в) Защитный костюм Л-1, медицинская шапочка (косынка), медицинский халат, противогаз, респиратор (ватно-марлевая повязка), защитные очки, прорезиненный фартук.
- г) Медицинская шапочка (косынка), медицинский халат, респиратор (ватно-марлевая повязка), прорезиненный фартук.

88. Укажите мероприятие, которое не относится к противоэпидемическим мероприятиям которое проводят в очаге особо опасной инфекции.

- а) Активное выявление и экстренная изоляция больных, контактных и подозрительных на данную инфекцию.
- б) Экстренная неспецифическая и специфическая профилактика.
- в) Проведение дезинфекции. Санитарно-просветительная работа среди населения.
- г) Эвакуация населения из эпидочага.

89. Инфекции какой группы в первую очередь осложняют эпидемическую обстановку в очаге крупномасштабной ЧС?

- а) Кишечные инфекции (брюшной тиф, холера, вирусные гепатиты, шигеллезы).
- б) Природно-очаговые инфекции (чума, сибирская язва, туляремия, бруцеллез).
- в) Трансмиссивные инфекции (риккетсиозы, вирусные геморрагические лихорадки, клещевой энцефалит).
- г) Менингококковая инфекция

90. Какой показатель сатурации указывает на развитие острой дыхательной недостаточности:

- а) Менее 95%
- б) Менее 90%
- в) 85% и меньше
- г) Ниже 75%

91. Показание для перевода пациента на ИВЛ на догоспитальном этапе следует считать снижение SpO₂ менее:

- а) 95%
- б) 90%
- в) 85%
- г) 75%

92. Критерием развития внебольничной пневмонии является все кроме:

- а) Развивается вне стационара.
- б) Возникла позднее 2х недель после выписки из стационара
- в) Диагностирована в первые 48 часов от момента госпитализации
- г) Возникла позднее 4х недель после выписки из стационара

93. Фактором высокого риска развития астматического статуса не является:

- а) Наличие в анамнезе угрожающего жизни обострения бронхиальной астмы (БА);
- б) Длительное применение системных глюкокортикостероидов и их недавняя отмена;
- в) Наличие в анамнезе эпизодов искусственной вентиляции легких по поводу обострений БА;
- г) Ранее начало проявления симптомов БА (диагноз установлен в детстве).

94. В качестве препаратов первого ряда для лечения обострения бронхиальной астмы используются:

- а) Глюкокортикостероиды
- б) β_2 -адреномиметики короткого действия
- в) Ингибиторы АПФ
- г) Эуфиллин

95. Не рекомендуется к применению у больных с астматическим статусом:

- а) Антигистаминные препараты
- б) β_2 -адреномиметики пролонгированного действия
- в) Муколитические препараты
- г) Верно все перечисленное

96. Осложнения астматического статуса не является:

- а) Гипоксемическая и гиперкапническая кома

- б) Острое легочное сердце
- в) Тяжелая внебольничная пневмония
- г) Спонтанный пневмоторакс

97. Основные симптомы обострения бронхиальной астмы средней степени тяжести:

- а) Физическая активность – ограничена, затруднение дыхания – при разговоре, ЧДД – до 25 в минуту, дыхание при аускультации – сви-стящее на вдохе и выдохе, ЧСС – 100-120 в мин., SpO₂ – 91-95%;
- б) Физическая активность – сохранена, затруднение дыхания – при ходьбе, может лежать, ЧДД – до 22 в минуту, дыхание при аускультации – сви-стящее на выдохе, ЧСС – меньше 100 в минуту, SpO₂ – больше 95%;
- в) Физическая активность – резко снижена, затруднение дыхания – в покое, ЧДД – более 25 в минуту, дыхание при аускультации – громкое свистя-щее на вдохе и выдохе, ЧСС – более 120 в минуту, SpO₂ – меньше 90%;
- г) Физическая активность – отсутствует или резко снижена, затруднение дыхания – в покое, ЧДД – более 30 в минуту или менее 12 в минуту, ды-хание при аускультации – отсутствие дыхания или немое лёгкое, ЧСС – менее 55 в минуту, SpO₂ – меньше 88 % .

98. Основные симптомы обострения бронхиальной астмы угрожающее жизни:

- а) Физическая активность – ограничена, затруднение дыхания – при разговоре, ЧДД – до 25 в минуту, дыхание при аускультации – свистящее на вдохе и выдохе, ЧСС – 100-120 в мин., SpO₂ – 91-95% :
- б) Физическая активность – сохранена, затруднение дыхания – при ходьбе, может лежать, ЧДД – до 22 в минуту, дыхание при аускультации – свистящее на выдохе, ЧСС – меньше 100 в минуту, SpO₂ – больше 95%;
- в) Физическая активность – резко снижена, затруднение дыхания – в покое, ЧДД – более 25 в минуту, дыхание при аускультации – громкое свистящее на вдохе и выдохе, ЧСС – более 120 в минуту, SpO₂ – меньше 90% :
- г) Физическая активность – отсутствует или резко снижена, затруднение дыхания – в покое, ЧДД – более 30 в минуту или менее 12 в минуту, дыхание при аускультации – отсутствие дыхания или немое лёгкое, ЧСС – менее 55 в минуту, SpO₂ – меньше 88 %.

99. Основные симптомы тяжелого обострения бронхиальной астмы:

- а) Физическая активность – ограничена, затруднение дыхания – при разговоре, ЧДД – до 25 в минуту, дыхание при аускультации – свистящее на вдохе и выдохе, ЧСС – 100-120 в мин., SpO₂ – 91-95% :
- б) Физическая активность – сохранена, затруднение дыхания – при ходьбе, может лежать, ЧДД – до 22 в минуту, дыхание при аускультации – свистящее на выдохе, ЧСС – меньше

100 в минуту, SpO₂ – больше 95%:

в) Физическая активность – резко снижена, затруднение дыхания – в покое, ЧДД – более 25 в минуту, дыхание при аускультации – громкое свистящее на вдохе и выдохе, ЧСС – более 120 в минуту, SpO₂ – меньше 90%;

г) Физическая активность – отсутствует или резко снижена, затруднение дыхания – в покое, ЧДД – более 30 в минуту или менее 12 в минуту, дыхание при аускультации – отсутствие дыхания или немое лёгкое, ЧСС – менее 55 в минуту, SpO₂ – меньше 88 % .

100. Легочное кровотечение это:

а) Выделение с кашлем мокроты, окрашенной кровью, или чистой крови, исходящей из дыхательных путей, расположенных ниже голосовых связок, вследствие нарушения целостности сосудов.

б) Выделение с кашлем мокроты, окрашенной кровью, или чистой крови, исходящей из дыхательных путей, расположенных выше голосовых связок, вследствие нарушения целостности сосудов.

в) Выделение из ротовой полости чистой крови при рвоте и кашле в объеме больше 100 мл.

г) Выделение из ротовой полости чистой крови при рвоте и кашле в объеме менее 50 мл.

101. Кровохарканьем считается выделение с кашлем крови в виде прожилок в объёме, не превышающем:

а) 10 мл/час

б) 50 мл/ сутки

в) 100 мл/сутки

г) 10 мл/час

102. У больных молодого возраста причиной кровохарканья чаще выступают:

а) Инфекции

б) Бронхит

в) Опухоли

г) Васкулиты, коагулопатии

103. III степень легочного кровотечения:

а) Кровопотеря до 300 мл/сут

б) Кровопотеря до 700 мл/сут

в) кровопотеря свыше 700 мл /сут

г) Кровопотеря до 400 мл/сут

104. При сохраненном сознании больному передают положение:

а) В положении лежа на спине под углом 45 градусов с приподнятым по отношению к голове тазом (положение Тренделенбурга)

б) Полусидячее или сидячее положение с наклоном в сторону легкого, из которого предполагается кровотечение.

в) Лежа на носилках с приподнятым на 30 градусов головным концом

г) Лежа на носилках вниз лицом.

105. Клинические признаки при массивной степени кровопотери при легочном кровотечении:

а) Минимальная тахикардия, снижение АД, признаки периферической вазоконстрикции (бледные, холодные конечности)

б) Тахикардия до 120 в мин, АД ниже 90 мм.рт.ст., беспокойство, холодный пот, бледность, одышка, олигоурия

в) Тахикардия более 120 в мин, АД 60 мм.рт.ст. и ниже, ступор, резкая бледность. олигоурия

г) Тахикардия до 80 в мин, АД до 90 мм.рт.ст., беспокойство, холодный пот, бледность, одышка, олигоурия

106. Эклампсия это:

а) Тяжелая форма гестоза, характеризующаяся острым отеком мозга, высокой внутримозговой гипертензией, срывом ауторегуляции и нарушением мозгового кровообращения, ишемическими и геморрагическими повреждениями структур мозга.

б) Критическое, необратимое состояние, результат тяжелого гипоксического повреждения мозга

в) Критическое, но обратимое состояние, предшествующее самой тяжелой форме гестоза.

г) Предсудорожное состояние, которое характеризуется значительным подъемом артериального давления, высоким содержанием белка в моче и выраженными отеками (не главный прогностический признак).

107. Терапия эклампсии (нейролептанальгезия) на догоспитальном этапе включает в себя все кроме:

а) Внутривенное или внутримышечное введение 2мл 0,5% раствора диазепама.

б) Внутримышечно или внутривенно 2 мл 0,25% раствора дроперидола (под контролем АД)

- в) Нейролептанальгезию можно усилить введение 1 мл 0,005% раствора фентанила
- г) Клофелин 0,01% раствор в дозе 0,5-1,0 мл.

108. В качестве гипотензивных средств при оказании СМП пациенткам с гестозами можно использовать:

- а) Клофелин 0,01% раствор в дозе 0,5-1,0 мл.
- б) Каптоприл 20 мг под язык
- в) Верапамил 5 мг\мл-2 мл внутривенно
- г) Моксонидин 0, 5 мг под язык.

109. Схема введения 25% раствора магния сульфата при гестозе:

- а) Внутримышечно 10-12 мл, с последующим повторением.
- б) Первую инъекцию сделать внутривенно в количестве 10-12 мл на 200мл изотонического раствора натрия хлорида, а последующие инъекции – внутримышечно.
- в) Внутримышечно 20-25 мл, с последующим повторением.
- г) Первую инъекцию сделать внутривенно в количестве 5-10 мл струйно затем внутримышечно 10-12 мл, с последующим повторением.

110. Преждевременные роды – это роды, наступившие:

- а) При сроке беременности от 22 – 37 недель беременности,
- б) При сроке беременности от 24 – 36 недель беременности,
- в) 3При сроке беременности от 28 – 34 недель беременности,
- г) При сроке беременности от 36 – 38 недель беременности

111. Тактика при родах в поперечном, косом положении, тазовом предлежании:

- а) При начавшемся втором периоде родов – принять роды, с последующей госпитализацией в акушерский стационар.
- б) Роды в домашних условиях невозможны, необходима экстренная госпитализация в акушерский стационар.
- в) Необходимо остановить родовую деятельность и начать эвакуацию в стационар
- г) Вызвать специализированную бригаду скорой медицинской помощи

112. Количество теряемой крови в последовом периоде обычно не должно превышать:

- а) 100 мл

- б) Более 500 мл
- в) 100-200 мл.
- г) Кровотечения не должно быть

113. Что нельзя делать при подозрении на внематочную беременность на догоспитальном этапе:

- а) повышать САД более 90 мм.рт.ст.
- б) выполнять медицинскую эвакуацию на носилках
- в) проводить экстренную медицинскую эвакуацию
- г) при признаках шока вводить изотонический раствор натрия хлорида

114. В понятие острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST входят следующие нозологические единицы кроме:

- а) Инфаркта миокарда без подъема сегмента ST - острый процесс ишемии миокарда достаточной тяжести и продолжительности, чтобы вызвать некроз миокарда.
- б) Нестабильной стенокардия - ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой недостаточны для развития некроза миокарда.
- в) Острого субэндокардиального инфаркта миокарда
- г) Острого трансмурального инфаркта миокарда

115. Какие варианты нестабильной стенокардии по клинической картине выделяют:

- а) Длительная (?20 мин) ангинозная боль в покое
- б) Вариантная стенокардия (спонтанная, стенокардия Принцметала);
- в) Постинфарктная стенокардия, возникшая в пределах двух недель с момента инфаркта
- г) Все ответы верны.

116. Классическая стенокардия напряжения, отвечает следующим перечисленным характеристикам:

- а) загрудинный дискомфорт, появляющийся при эмоциональном напряжении, купирующийся в покое.
- б) загрудинный дискомфорт характерного типа и длительности, появляющийся при нагрузке или эмоциональном напряжении, купирующийся или ослабляющийся в покое или после приема нитроглицерина.
- в) Колющие, ноющие боли в области сердца, появляющийся при смене положения тела.
- г) Загрудинный дискомфорт, появляющийся в покое.

117. Перечислите факторы риска при подозрительной клинической картине повышается вероятность наличие у пациента ОКС без подъема сегмента ST:

- а) пожилой возраст, мужской пол
- б) артериальная гипертензия, отягощенный семейный анамнез
- в) нарушение углеводного обмена, ожирение, дислипидемия
- г) все ответы верны.

118. При подозрении на ОКС ЭКГ в 12-ти отведениях следует зарегистрировать в течение:

- а) 5 минут после первого контакта медицинского персонала с пациентом
- б) 10 минут после первого контакта медицинского персонала с пациентом;
- в) 15 минут после первого контакта медицинского персонала с пациентом
- г) 20 минут после первого контакта медицинского персонала с пациентом

119. Наиболее типичными ЭКГ признаками ишемии миокарда является:

- а) горизонтальное снижение сегмента ST ≥ 1 мм относительно изолинии в двух или более смежных отведениях, косонисходящее снижение сегмента ST ≥ 1 мм относительно изолинии в двух или более смежных отведениях.
- б) горизонтальное снижение сегмента ST $\geq 0,5$ мм относительно изолинии в двух или более смежных отведениях, косонисходящее снижение сегмента ST > 1 мм относительно изолинии в двух или более смежных отведениях.
- в) горизонтальное снижение сегмента ST ≥ 1 мм относительно изолинии в двух или более смежных отведениях, косонисходящее снижение сегмента ST $\geq 0,5$ мм относительно изолинии в двух или более смежных отведениях.
- г) горизонтальное снижение сегмента ST ≥ 2 мм относительно изолинии в двух или более смежных отведениях, косонисходящее снижение сегмента ST $\geq 1,5$ мм относительно изолинии в двух или более смежных отведениях.

120. Какое из утверждение верное

- а) Выявление любой динамики, касающейся сегмента ST и зубцов T при наличии клинических признаков ишемии миокарда должно быть достаточным основанием для того, чтобы трактовать ситуацию как проявление ОКС и срочно госпитализировать больного.
- б) Выявление подъема сегмента ST должно быть достаточным основанием для того, чтобы трактовать ситуацию как проявление ОКС и срочно госпитализировать больного.
- в) Выявление любой динамики, изменения ЭКГ при отсутствии клинических признаков ишемии миокарда должно быть достаточным основанием для того, чтобы трактовать

ситуацию как проявление ОКС и срочно гос-питализировать больного.

г) Все утверждения верны.

121. Какое из утверждение верное

а) Полностью нормальная ЭКГ у больных с симптомами, заставляющими подозревать ОКС, не исключает его наличия.

б) Любые изменения на ЭКГ, не исключает наличия у пациента ОКС.

в) Полностью нормальная ЭКГ, не исключает наличия у пациента ОКС.

г) Блокада левой ножки пучка Гиса на ЭКГ не исключает наличия у пациента ОКС.

122. Какой ЭКГ признак нетипичен для острой стадии инфаркта миокарда?

а) патологический зубец Q,

б) сегмент ST выше изолинии, сливающийся с зубцом T,

в) сегмент ST ниже изолинии в отведениях, противоположных тем, где имеется подъем ST

г) высокий, острый равнобедренный зубец R.

123. Помощью при ОКС укажите правильное значение кислородотерапии при назначении кислорода

а) со скоростью 2-4 л/мин при насыщении кислородом менее 95%

б) со скоростью 4-8 л/мин при насыщении кислородом менее 90%

в) со скоростью 6-10 л/мин при насыщении кислородом менее 80%

г) со скоростью 6-10 л/мин при насыщении кислородом менее 70%

124. Пероральное или внутривенное введение нитратов у больных с ОКС показано

а) для облегчения симптомов стенокардии;

б) для снижения уровня АД

в) качестве профилактического средства в лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы.

г) все ответы верны.

125. Внутривенное лечение нитратами рекомендуется у пациентов с

а) рецидивирующей стенокардией

б) признаками сердечной недостаточности

в) для контроля артериальной гипотонии.

г) все ответы верны.

126. Укажите правильную методику приготовления раствора Нитроглицерина для внутривенного введения:

а) 0,5 мл 0,01% раствора разводят в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида

б) 10 мл 0,1% раствора разводят в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида

в) 10 мл 0,01% раствора разводят в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида

г) 10 мл 0,001% раствора разводят в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида

127. Укажите особенности введения морфина на догоспитальном этапе при некупирующемся болевом синдроме у больного с ОКС:

а) внутривенное струйное ведение

б) внутривенное ведение с титрацией дозы

в) внутривенное капельное ведение

г) внутри мышечное ведение

128. Укажите методику введения Морфина внутривенно при назначении больному с ОКС:

а) 3-5 (до 10) мг внутривенно с титрацией дозы, препарат разводят на 10 мл физиологического раствора и повторно вводят по 2-3 мл под контролем АД и ЧД;

б) 3-5 (до 15) мг внутривенно с титрацией дозы, препарат разводят на 10 мл физиологического раствора и повторно вводят по 3-6 мл под контролем АД и ЧД;

в) 3-5 (до 20) мг внутривенно с титрацией дозы, препарат разводят на 10 мл физиологического раствора и повторно вводят по 3-5 мл под контролем АД и ЧД.

г) Все методики верны

129. Укажите дозировку Аспирина при назначении пациенту с ОКС

а) 100-250 мг без кишечнорастворимой оболочки

б) 150-300 мг без кишечнорастворимой оболочки;

в) 350-500 мг без кишечнорастворимой оболочки.

г) 250-400 мг без кишечнорастворимой оболочки.

130. Укажите дозировку Клопидогреля для больных с ОКС, у которых не планируется инвазивное лечение:

- а) 150 мг.
- б) 250 мг.
- в) 300 мг.
- г) 600 мг

131. Укажите дозировку Клопидогреля для больных с ОКС, у которых планируется инвазивное лечение:

- а) 350 мг.
- б) 600 мг.
- в) 650 мг.
- г) 250 мг

132. Укажите дозировку эноксапарина для больных с ОКС:

- а) 0,5 мг/кг подкожно
- б) 1 мг/кг подкожно
- в) 2 мг/кг подкожно
- г) 1,5 мг/кг подкожно

133. Укажите дозировку Нефракционированного гепарин (НФГ) для больных с ОКС:

- а) внутривенно 60-70МЕ/кг в виде болюса (максимум 5000МЕ), а затем инфузия по 12-15МЕ/кг/ч (максимум 1000МЕ/ч).
- б) внутривенно 80-90МЕ/кг в виде болюса (максимум 8000МЕ), а затем ин-фузия по 12-15МЕ/кг/ч (максимум 2000МЕ/ч).
- в) внутривенно 30-40МЕ/кг в виде болюса (максимум 4000МЕ), а затем ин-фузия по 12-15МЕ/кг/ч (максимум 1000МЕ/ч).
- г) внутривенно 40-50МЕ/кг в виде болюса (максимум 6000МЕ), а затем ин-фузия по 10-12МЕ/кг/ч (максимум 1000МЕ/ч).

134. При выборе консервативной тактики лечения ОКС используется Фондапаринукс в дозе:

- а) 0,5 мг подкожно
- б) 1,5 мг подкожно
- в) 2,5 мг подкожно
- г) 0.25 мг подкожно

135. Укажите показания для назначения Бета-адреноблокаторов на догоспитальном этапе при ОКС:

- а) наличии брадикардии или гипертонии с признаками сердечной недостаточности.
- б) наличии тахикардии или гипертонии без признаков сердечной недостаточности
- в) наличии тахикардии или гипертонии с признаками сердечной недостаточности
- г) возраст до 60 лет

136. Укажите дозировку Метопролол - при выраженной тахикардии у пациентов с ОКС:

- а) предпочтительно внутривенно - по 2 мг через каждые 5 минут 3 введения, затем через 15 мин 25-50 мг под контролем АД и ЧСС.
- б) предпочтительно внутривенно - по 10 мг через каждые 5 минут 3 введения, затем через 15 мин 50-100 мг под контролем АД и ЧСС.
- в) предпочтительно внутривенно - по 5 мг через каждые 5 минут 3 введения, затем через 15 мин 25-50 мг под контролем АД и ЧСС.
- г) предпочтительно внутривенно - по 15 мг через каждые 2 минут 3 введения, затем через 15 мин 50-100 мг под контролем АД и ЧСС.

137. Укажите дозировку Метопролол таблетированного у пациентов с ОКС

- а) 50 - 100 мг
- б) 100 - 150 мг
- в) 150 - 200 мг
- г) 200 – 250 мг

138. Перечислите группу пациентов с ОКС очень высокого риска, нуждающихся в выполнении ЧКВ в течение ближайших 2 часов после первого контакта с медицинским работником:

- а) Рефрактерная стенокардия (включая инфаркт миокарда)
- б) Возвратная стенокардия, ассоциированная с депрессией сегмента ST > 2мм или глубоким отрицательным зубцом Т, несмотря на интенсивное лечение
- в) Клинические симптомы сердечной недостаточности или гемодинамическая нестабильность (шок)
- г) Все ответы верны

139. Назовите, в каких случаях в практике врача (фельдшера) скорой медицинской помощи наиболее часто встречается ОКС с подъемом ST и диагностируется у

больных с:

- а) ангинозным приступом или дискомфортом в грудной клетке;
- б) изменениями на ЭКГ в виде стойкого подъема сегмента ST;
- в) «новой», т.е. впервые (или предположительно впервые) возникшей полной блокады левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) на ЭКГ
- г) все ответы верны

140. Какое из утверждений верно:

- а) ОКС — это рабочий диагноз, используемый в первые часы и сутки заболевания, тогда как термины инфаркт миокарда (ИМ) и нестабильная стенокардия (НС) применяются для формулирования окончательного диагноза в зависимости от того, будут ли выявлены признаки некроза миокарда.
- б) ОКС — это рабочий диагноз, используемый на догоспитальном этапе средними медицинскими работниками, тогда как термины инфаркт миокарда (ИМ) и нестабильная стенокардия (НС) используют врачи амбулаторного и госпитального этапов.
- в) ОКС — это рабочий диагноз, используемый на догоспитальном этапе средними медицинскими работниками для диагностики любых форм стенокардии.
- г) ОКС — это рабочий диагноз, используемый на догоспитальном этапе для диагностики любых форм ИБС.

141. Укажите нозологические формы ОКС без подъема сегмента ST:

- а) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда
- б) Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда
- в) Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций
- г) Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда

142. Стойкий подъем сегмента ST, сохраняющийся более 20 минут, связан с:

- а) острой полной тромботической окклюзией коронарной артерии.
- б) острой частичной тромботической окклюзией коронарной артерии.
- в) хронической тромботической окклюзией коронарной артерии.
- г) острой спастической окклюзией коронарной артерии.

143. Какое из утверждений верно:

- а) Сердечная смерть, имеются ишемические изменения на ЭКГ и биомаркеры некроза определены или повышены.
- б) Сердечная смерть, с симптомами, указывающими на ишемию миокарда и

предположительно новыми изменениями ЭКГ, когда био-маркеры некроза не определены или еще не повышены.

в) Сердечная смерть биомаркеры некроза определены или повышены.

г) Сердечная смерть для лиц в возрасте от 30 до 80 лет

144. Укажите что не характерно для абдоминального варианта ИМпST

а) встречается при ИМ нижней стенки левого желудочка.

б) встречается при ИМ передней стенки левого желудочка

в) боль или дискомфорт локализуется в верхней части живота,

г) сопровождаться диспепсическими явлениями

145. Укажите что не характерно для астматического варианта ИМпST

а) проявление острой левожелудочковой недостаточности в виде приступа сердечной астмы или отека легких;

б) наблюдается у пожилых больных, имеющих предшествующее органическое заболевание сердца;

в) дискомфорт в грудной клетке не соответствует классическим характеристикам может практически отсутствовать

г) сопровождаться диспепсическими явлениями

146. Укажите что не характерно для Цереброваскулярного варианта ИМпST

а) встречается у пациентов пожилого возраста, с инсультами в анамнезе или с выраженными хроническими расстройствами мозгового кровообращения;

б) клинически заболевание проявляется неврологическими симптомами в виде головокружения с тошнотой, рвотой, обмороков либо нарушением мозгового кровообращения

в) проявление острой левожелудочковой недостаточности в виде приступа сердечной астмы или отека легких.

г) болевой синдром выражен незначительно.

147. Какое из утверждений верное:

а) Своевременно снятая ЭКГ у больного с высокой степенью риска ишемической болезни сердца показано при наличии дискомфорта в грудной клетке помогает в установке диагноза.

б) Своевременно снятая ЭКГ у больного с высокой степенью риска ишемической болезни сердца показано при любом нарушении ритма помогает в установке диагноза.

в) Своевременно снятая ЭКГ у больного с высокой степенью риска ишемической болезни сердца при любом неясном изменении состояния помогает в установке диагноза.

г) Болевой синдром выражен незначительно.

148. Для ИМпСТ характерно:

а) возникновение подъема сегмента ST как минимум в двух последовательных отведениях, который оценивается относительно изолинии на уровне точки J (начало сегмента ST).

б) возникновение подъема сегмента ST в одном отведении, которое оценивается относительно изолинии на уровне точки J (начало сегмента ST).

в) возникновение подъема сегмента ST как минимум в двух последовательных отведениях, который оценивается относительно изолинии.

г) Все ответы верны

149. Для ИМпСТ в отведениях V2-V3 диагностически значимым является:

а) повышение ST \geq 1,5 мм у мужчин старше 40 лет,

б) повышение ST \geq 2 мм у мужчин старше 40 лет,

в) повышение ST \geq 2,5 мм у мужчин старше 40 лет,

г) повышение ST \geq 0,5 мм у мужчин старше 40 лет,

150. Для ИМпСТ в отведениях V2-V3 диагностически значимым является:

а) повышение ST \geq 1,5 мм у мужчин до 40 лет,

б) повышение ST \geq 2 мм у мужчин до 40 лет,

в) повышение ST \geq 2,5 мм у мужчин до 40 лет,

г) повышение ST \geq 0.5 мм у мужчин до 40 лет,

151. 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

152. Ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции на сегодняшний день является:

а) половой

- б) вертикальный
- в) парентеральный
- г) бытовой

153. 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

154. 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)

155. При попадании биологической жидкости (крови) пациента на слизистую оболочку носа рекомендуется обработка:

- а) 1% раствором протаргола, 0,05% раствором перманганата
- б) 2% раствором борной кислоты, 0,01% раствором перманганата
- в) Промыть водой
- г) Не производить никаких действий и начать прием профилактического лечения

156. 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

157. Показанием к антиретровирусной терапии является:

- а) CD4 менее 350 клеток
- б) Вирусная нагрузка более 100 000 копий в мл
- в) Наличие клинических показаний
- г) Наличие диагноза ВИЧ-инфекция при отсутствии противопоказаний

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