

Скорая медицинская помощь (ВО) Вторая категория

1. 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.

2. 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

3. 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

4. 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.

5. 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 сестру - анестезистку и водителя
- г) врача-анестезиолога-реаниматолога, медицинскую сестру – анестезистку. медицинскую сестру анестезистку и водителя

6. 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

7. 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,

8. Какие ЧС являются техногенными?

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

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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

13. 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.

14. 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.

15. 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) Защитный костюм Л-1, медицинская шапочка (косынка), медицинский халат, респиратор (ватно-марлевая повязка), прорезиненный фартук.

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

а) Менее 95%

б) Менее 90%

в) 85% и меньше

г) Ниже 75%

17. 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 %.

18. 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.

19. 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

20. 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

21. 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.

22. 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).

23. 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.

24. 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.

25. Преждевременные роды – это роды, наступившие:

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

26. 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

27. 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

28. 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.

29. 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

30. 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.

31. 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 госпитализировать больного.
- г) Все утверждения верны.

32. 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 равносторонний зубец R.

33. 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

34. 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

35. 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.

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

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

37. 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 инфузия по 12-15МЕ/кг/ч (максимум 2000МЕ/ч).
- в) внутривенно 30-40МЕ/кг в виде болюса (максимум 4000МЕ), а затем инфузия по 12-15МЕ/кг/ч (максимум 1000МЕ/ч).
- г) внутривенно 40-50МЕ/кг в виде болюса (максимум 6000МЕ), а затем инфузия по 10-12МЕ/кг/ч (максимум 1000МЕ/ч).

38. 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

39. 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.

40. 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

41. 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.

42. 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

43. Укажите что не характерно для астматического варианта ИМпСТ

- 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

44. Какое из утверждений верно:

- 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) Своевременно снятая ЭКГ у больного с высокой степенью риска ишемической болезни сердца показано при повышении АД помогает в установке диагноза.

45. 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

46. У мужчин старше 40 лет с диагнозом ИМпСТ в отведениях V2-V3 диагностически значимым является:

- а) повышение ST $\geq 1,5$ мм у мужчин старше 40 лет,
- б) повышение ST ≥ 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,

47. У мужчин до 40 лет с диагнозом 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,

48. У женщин независимо от возраста с диагнозом 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.

49. 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.

50. 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.

51. 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 ?12 ч

в) персистирующим подъемом сегмента ST

г) новой блокадой левой ножки пучка Гиса

52. 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.

53. 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

54. 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,

55. 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

56. К относительные противопоказания для проведения тромболитической терапии при ОКС не относиться:

- 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

57. 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.

58. 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.;

59. 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.

60. 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.

61. 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 эффекте 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.

62. 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 эффекте 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.

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

а) моксонидин (физиотенз) 0,4 мг сублингвально при недостаточном эффекте 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.

64. 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.

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

- а) нитроглицерин
- б) магния сульфат
- в) клонидин
- г) урапидил (эбрантил)

66. 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 часов) 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.

67. 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

68. Укажите в чем заключается основной принцип лечения больных с ОНМК на догоспи-тальном 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 транспорта-бельности пациента

69. 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, брадипноэ менее 18 в 1 ми-нуту, тахипноэ более 25-30 в 1 минуту

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

в) снижении уровня сознания (менее 8 баллов по Шкале Комы Глаз-го), аспирации или высоком риске аспирации, брадипноэ менее 12 в 1 минуту, тахипноэ более 35-40 в 1 минуту.

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

70. Постепенное снижение АД при подозрении на ишемический характер ОНМК допу-стимо 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.;

71. Для пациентов с ОНМК необходима максимально быстрая и приоритетная госпитализация 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)

72. Транспортировка больных с ОНМК осуществляется:

а) на носилках с приподнятым до 300 головным концом

б) на носилках с приподнятым до 600 головным концом

в) на носилках с приподнятым до 400 головным концом

г) на носилках с приподнятым до 900 головным концом

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

а) предварительного устного оповещения медицинской организации (отделение) 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 головным концом, независимо от тяжести состояния больного.

г) не показана госпитализация с признаками транзиторных ишемических атак.

74. 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.

75. 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.

76. 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.

77. 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;

78. 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, неизменные желудочковые комплексы QRS, похожие на QRS, регистрировавшиеся до возникновения приступа пароксизмальной тахикардии.

79. 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 P комплекс QRS не возникает
- в) периодическое выпадение комплекса QRS происходит без изменений интервала P–Q
- г) зубцы P 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.

80. 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 P комплекс QRS не возникает
- в) периодическое выпадение комплекса QRS происходит без изменений интервала P–Q;
- г) зубцы P 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.

81. 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 P комплекс QRS не возникает
- в) периодическое выпадение комплекса QRS происходит без изменений интервала P–Q
- г) зубцы P 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.

82. 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 течении часа.

83. 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

84. 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.

85. 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

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

87. 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) в первые 3 мин клинической смерти начинать с прекардиального удара

88. 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

89. 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

90. Какую следует использовать последовательность при остановке сердца у новорожденных вовремя 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

91. Для грудных детей глубина вдавливания должна составлять приблизительно:

а) 2см

б) 4см

в) 6см

г) 5см

92. 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

93. 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% раствора 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;

94. 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% раствора 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;

95. 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

96. 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

97. 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

98. Этапность появления сыпи при кори:

а) лицо - шея - туловище - конечности

б) шея - туловище - лицо - конечности

в) лицо - шея - все туловище

г) шея - конечности - грудь

99. Выраженные схваткообразные боли в животе, рвота съеденной пищей, усиленная перистальтика кишечника, задержка стула и газов характерны

а) для прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

б) для острого холецистита

в) для острого панкреатита

г) для острой непроходимости кишечника

100. В стадии перитонита основным симптомом, подтверждающим диагноз прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, является симптом

а) Кохера

б) Щеткина - Блюмберга

в) Ситкевского

г) Образцова

101. При стойком носовом кровотечении наименьший эффект обеспечит

а) задняя тампонада носа

б) передняя тампонада носа

в) внутривенное введение глюконата кальция 10% - 2.0

г) местное орошение раствором адреналина

102. Признаками, характерными для перелома основания черепа, являются

а) кровоизлияния в области век

б) общемозговые расстройства

в) истечение спинномозговой жидкости из носа и ушей

г) все перечисленные признаки

103. Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине

а) плавающего зора

б) горметонического синдрома

- в) гиперкатаболического типа вегетативных функций
- г) нарушения сознания

104. Кровоток мозга существенно снижается и наступает нарушение сознания при артери-альном давлении

- а) ниже 100 мм рт.ст.
- б) ниже 60 мм рт.ст.
- в) ниже 80 мм рт.ст.
- г) ниже 70 мм рт.ст.

105. Наиболее достоверным клиническим признаком внутричерепной гематомы является

- а) брадикардия
- б) снижение артериального давления
- в) симптомы Бабинского и Брудзинского
- г) анизокория

106. Клинические признаки геморрагического шока проявляются уже при индексе Альговера

- а) 0,55
- б) 0,8
- в) 1,0
- г) 1,25

107. Шоковый индекс Альговера определяется

- а) как отношение частоты сердечных сокращений к систолическому АД
- б) как отношение систолического АД к диастолическому АД
- в) как отношение пульса к среднему АД
- г) Нет правильного ответа

108. Пусковым моментом в патогенезе травматического шока является

- а) острая кровопотеря
- б) острая миокардиальная недостаточность
- в) болевой синдром

г) генерализованная вазодилатация

109. Сочетанная травма - это

а) одновременное повреждение внутренних органов в двух или более полостях, включая черепно-мозговую травму, или повреждение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата

б) повреждение нескольких костей в разных анатомо-функциональных сегментах

в) повреждение нескольких органов в пределах одной полости

г) повреждение одного органа или скелетная травма одного сегмента

110. Объем кровопотери при переломе костей таза максимально может достигать

а) до 3 л

б) менее 0,5-1 л

в) более 7 л

г) кровопотеря отсутствует

111. При нахождении пострадавшего в аварии в салоне автотранспорта врач скорой медицинской помощи в первую очередь должен

а) фиксировать шейный отдел позвоночника с помощью шины-воротника

б) обезболить пострадавшего

в) извлечь пострадавшего из поврежденного автомобиля для возможности диагностики повреждений и их адекватной коррекции

г) начать инфузионную терапию

112. Транспортировка пострадавших с подозрением на перелом поясничного отдела позвоночника должна осуществляться

а) на жестких носилках или щите

б) только в сидячем положении

в) в полусидячем положении с валиком под плечами

г) на обычных носилках

113. При переломе бедра кровопотеря в ткани из места перелома составляет

а) 200 мл

б) 500-1000 мл

в) 1-2 л

г) 2-3 л

114. Комбинированная травма - это

- а) одновременное повреждение внутренних органов, черепно-мозговая травма и несколько скелетных переломов
- б) травма, полученная в результате различных травмирующих факторов, включая механический, термический, радиационный, химический и т.п.
- в) одновременное повреждение опорно-двигательного аппарата и внутренних органов в разных полостях
- г) одновременное повреждение органов брюшной и грудной полостей

115. Множественная травма - это

- а) повреждение нескольких внутренних органов в пределах одной полости или двух и более анатомо-функциональных сегментов опорно-двигательного аппарата
- б) скелетная травма одного сегмента с повреждением соответствующих сосудов и нервов
- в) повреждение органов в нескольких полостях или два и более скелетных перелома
- г) только скелетная травма в нескольких анатомо-функциональных сегментах

116. Методом эффективной остановки кровотечения при ранении бедренной артерии не является

- а) максимальное сгибание ноги в тазобедренном суставе с помещением в паховую область твердого предмета и бинтованием конечности к туловищу
- б) максимальное разгибание ноги в тазобедренном и коленном суставах
- в) наложение жгута в области тазобедренного сустава сразу под паупертовой связкой
- г) тампонада раны, тугая повязка

117. Для вколоченного перелома характерно

- а) оси конечности
- б) патологическая подвижность
- в) боль в области перелома при нагрузке по оси
- г) повреждение кожных покровов над местом перелома

118. В случае, когда больной, обнаруживающий тяжелое психическое расстройство, выкалывает или пытается осуществить агрессивные действия в отношении бригады скорой помощи, необходимо

- а) попытаться успокоить больного и, оставаясь рядом с ним, вызвать бригаду

психиатрической скорой помощи и дождаться ее прибытия

б) покинуть квартиру и, оставив больного под надзором родственников, посоветовать им вызвать бригаду психиатрической скорой помощи или обратиться в диспансер

в) покинуть квартиру, вызвать на место сотрудников милиции и, дождав-шись их приезда, передать им больного

г) покинуть квартиру, вызвать на место сотрудников милиции и бри-гаду психиатрической скорой помощи и, дождавшись их приезда, передать им больного

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

а) Глюкокортикостероиды

б) β_2 -адреномиметики короткого действия

в) Ингибиторы АПФ

г) Эуфиллин

120. 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

121. 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

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

а) половой

б) вертикальный

в) парентеральный

г) бытовой

123. 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

124. 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)

125. 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

126. 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

127. 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

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