

Анестезиология и реанимация высшая

1. Либеральный режим инфузионной терапии

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

2. Фазовый подход к инфузионной терапии

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

3. Целенаправленная инфузионная терапия

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

4. К сбалансированным растворам относятся

- а) стерофундин, лактат Рингера, гелофузин
- б) 0,9% раствор Na хлорида, реополиглюкин
- в) 7,5% раствор Na хлорида, волювен
- г) 10% раствор глюкозы, аминоклазмаль, липофундин

5. Препарат для низкообъемной гиперосмотической волюмокоррекции

- а) гиперХАЕС
- б) гемохес
- в) волювен
- г) ХАЕСстерил

6. GIPS - синдром

- а) синдром глобального усиления сосудистой проницаемости
- б) синдром гипергидратации, сопровождающийся нарушением доставки и потребления кислорода

в) синдром гипогидратации, сопровождающийся недостаточным сердечным выбросом и доставкой кислорода

г) синдром гипоперфузии тканей с проявлениями органной дисфункции

7. PAL-терапия

а) комбинация вентиляции с адекватным положительным давлением в конце выдоха и инфузии раствора альбумина с последующим болюсным введением фуросемида

б) комбинация протоколов инфузионной терапии с целью мобилизации внесосудистого сектора с достижением отрицательного гидробаланса и восстановлением диуреза

в) комбинация инфузионных растворов

г) комбинация своевременной, индивидуализированной и контролируемой коррекции гипергидратации

8. Основной неблагоприятный эффект применения кристаллоидов

а) быстрое перераспределение из сосудистого русла в интерстициальное пространство

б) влияние на гемостаз

в) инициация запуска синдрома TRALI

г) анафилактоидная реакция

9. Основной неблагоприятный эффект применения коллоидов

а) влияние на гемостаз

б) быстрое перераспределение из сосудистого русла в интерстициальное пространство

в) инициация запуска синдрома TRALI

г) анафилактоидная реакция

10. Основная проблема несбалансированных растворов

а) гиперхлоремия

б) гипернатриемия

в) гиперволемиа

г) гипералиментация

11. Основной неблагоприятный эффект применения растворов для парентерального питания

а) гипералиментация

б) гипернатриемия

в) гиперволемиа

г) гиперхлоремия

12. Основные клинические проявления гипергидратации

а) отеки, гипокалиемия, уремическая интоксикация

б) головокружение, снижение тургора кожи, судороги

в) жажда, отсутствие слюноотечения, энцефалопатия

г) гипотензия, тахикардия, слабый пульс, акроцианоз

13. Инфузионная терапия в фазу ресусцитации
- а) болюсная инфузионная нагрузка
 - б) пробная инфузионная нагрузка
 - в) замещение потерь, поддержание водного баланса
 - г) мобилизация внесосудистой жидкости
14. Инфузионная терапия в фазу оптимизации
- а) пробная инфузионная нагрузка
 - б) замещение потерь, поддержание водного баланса
 - в) мобилизация внесосудистой жидкости
 - г) болюсная инфузионная нагрузка
15. Инфузионная терапия в фазу стабилизации
- а) замещение потерь, поддержание водного баланса
 - б) болюсная инфузионная нагрузка
 - в) пробная инфузионная нагрузка
 - г) мобилизация внесосудистой жидкости
16. Инфузионная терапия в фазу эвакуации
- а) мобилизация внесосудистой жидкости
 - б) пробная инфузионная нагрузка
 - в) замещение потерь, поддержание водного баланса
 - г) болюсная инфузионная нагрузка
17. К статичным показателям оценки чувствительности к инфузионной нагрузке относятся
- а) центральное венозное давление, давление окклюзии легочной артерии и конечно-диастолические объемы желудочков сердца
 - б) стандартный тест с инфузионной нагрузкой и контролем ЦВД, тест с минимальной инфузионной нагрузкой и оценкой изменения СВ
 - в) тест с пассивным подъемом ног пациента, тесты вариабельности систолического артериального давления, пульсового давления и ударного объема
 - г) тест окклюзии в конце выдоха у пациентов на ИВЛ и изменением давления окклюзии легочной артерии
18. К динамическим тестам оценки чувствительности к инфузионной нагрузке относятся
- а) тест с пассивным подъемом ног пациента, тесты вариабельности систолического артериального давления, пульсового давления и ударного объема
 - б) центральное венозное давление, давление окклюзии легочной артерии и конечно-диастолические объемы желудочков сердца
 - в) стандартный тест с инфузионной нагрузкой и контролем ЦВД, тест с минимальной инфузионной нагрузкой и оценкой изменения СВ
 - г) тест окклюзии в конце выдоха у пациентов на ИВЛ и изменением давления окклюзии легочной артерии

19. Показатели внутрибрюшного давления, соответствующие синдрому кишечной недостаточности 1 степени

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

20. Показатели внутрибрюшного давления, соответствующие синдрому кишечной недостаточности 2 степени

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

21. Показатели внутрибрюшного давления, соответствующие синдрому кишечной недостаточности 3 степени

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

22. Показатели внутрибрюшного давления, соответствующие синдрому кишечной недостаточности 4 степени

- а) 25 и выше мм рт ст
- б) 8 – 10 мм рт ст
- в) 12 – 15 мм рт ст
- г) 16 – 23 мм рт ст

23. Особенности транспорта O₂ у детей младшей возрастной группы в ожоговом шоке

- а) высокий СИ (сердечный индекс), быстрое формирование O₂ задолженности
- б) низкий СИ, отсутствие формирования O₂ задолженности
- в) высокий СИ, отсутствие формирования O₂ задолженности
- г) низкий СИ, быстрое формирование O₂ задолженности

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

- а) почечная недостаточность
- б) энтеральная недостаточность
- в) ДВС синдром
- г) почечная недостаточность

25. При термоингаляционной травме решение вопроса о наложении трахеостомы принимается

- а) в 1 сутки
- б) на 2 сутки
- в) на 3 сутки
- г) на 5 сутки

26. Запись о состоянии пациента в ОАРИТ оформляется не менее
- а) 4 раз в сутки
 - б) 6 раз в сутки
 - в) 8 раз в сутки
 - г) 10 раз в сутки
27. Вирус иммунодефицита относится
- а) Семейство - ретровирусы, род – лентивирусы
 - б) Семейство - ретровирусы, род - парамиксовирусы
 - в) Семейство - флавивирусы, род - энтеровирусы
 - г) Семейство - рабдовирусы, род - везикуловирусы
28. Тяжелый иммунодефицит при ВИЧ инфекции проявляется при
- а) CD4 < 200/ мкл
 - б) CD4 200 - 349/ мкл
 - в) CD4 350 - 499/ мкл
 - г) CD4 < 500/ мкл
29. Код исследования крови на ВИЧ для беременных
- а) 109
 - б) 108
 - в) 102
 - г) 113
30. Код исследования крови на ВИЧ при аварийной ситуации
- а) 125
 - б) 108
 - в) 102
 - г) 113
31. Высокоэффективная антиретровирусная терапия беременной назначается с
- а) 14 недели гестации
 - б) 20 недели гестации
 - в) 25 недели гестации
 - г) 30 недели гестации
32. При попадании биологической жидкости от ВИЧ- инфицированного пациента на кожные покровы с нарушением их целостности (порез, укол) медицинскому сотруднику следует провести обработку места поражения по алгоритму
- а) Вымыть с мылом, обработать 70% спиртом, смазать 5% раствором йода, заклеить лейкопластырем
 - б) Вымыть большим количеством проточной воды, обработать 70% спиртом, смазать 5% раствором йода, заклеить лейкопластырем
 - в) Вымыть с мылом, обработать 96% спиртом, смазать 5% раствором йода, заклеить лейкопластырем

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

33. При попадании биологической жидкости от ВИЧ – инфицированного пациента после оказания самопомощи следует начать прием антивирусных препаратов в интервале

- а) 0 – 72 часа
- б) 0 – 48 часов
- в) 0 – 24 часа
- г) 0 – 12 часов

34. В предоперационном периоде у ВИЧ- инфицированных пациентов показано применение рекомбинантного эритропоэтина при уровне гемоглобина

- а) < 95 г/л
- б) 95 – 105 г/л
- в) 105 – 115 г/л
- г) > 115 г/л

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

- а) 7 лет
- б) 10 лет
- в) 5 лет
- г) 15 лет

36. Приказ МЗ РФ, определяющий критерии качества оказания медицинской помощи

- а) 203н
- б) 183н
- в) 363
- г) 919н

37. Приказ МЗ РФ, определяющий Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Анестезиология и реаниматология»

- а) 919н
- б) 183н
- в) 363
- г) 203н

38. Приказ МЗ РФ, определяющий Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «Анестезиология и реаниматология»

- а) 909н
- б) 183н
- в) 203н
- г) 919н

39. Одним из критериев качества медицинской помощи при сепсисе по приказу МЗ РФ № 203н является

- а) оценка по шкале SOFA не позднее 1 часа после установления диагноза
- б) оценка по шкале SOFA в первые сутки после установления диагноза
- в) оценка по шкале APACHE в первые 6 часов после установления диагноза
- г) оценка по шкале APACHE в первые сутки после установления диагноза

40. При диагнозе “Сепсис” для бактериологического исследования крови в соответствии с приказом МЗ РФ № 203н кровь забирается

- а) из 2 интактных вен с интервалом 30 минут в течение 1 часа после установления диагноза
- б) из 2 интактных вен с интервалом 30 минут в течение 1 суток после установления диагноза
- в) из 1 интактной вены в течение 1 часа после установления диагноза
- г) из 1 интактной вены в течение 1 суток после установления диагноза

41. При диагнозе “Желудочно – кишечное кровотечение” в соответствии с приказом МЗ РФ 203н ингибиторы протонной помпы вводятся в виде инфузии на протяжении не менее

- а) 72 часов
- б) 24 часов
- в) 48 часов
- г) при стабильном гемостазе не вводятся

42. При диагнозе “Острый панкреатит/ панкреанекроз” в соответствии с приказом МЗ РФ 203н УЗИ/КТ органов брюшной полости должно быть выполнено не позднее

- а) 24 часов после установления диагноза
- б) 12 часов после установления диагноза
- в) 48 часов после установления диагноза
- г) 1 часа после установления диагноза

43. При неонатальном аспирационном синдроме в соответствии с приказом МЗ РФ 203н исследование КЩС выполняется

- а) не реже 2 раз за 24 часа
- б) не реже 3 раз за 24 часа
- в) не реже 4 раз за 24 часа
- г) не реже 6 раз за 24 часа

44. При остром почечном повреждении в соответствии с приказом МЗ РФ 203н исследование КЩС выполняется не позднее

- а) 1 часа после установления диагноза
- б) 6 часов после установления диагноза
- в) 12 часов после установления диагноза
- г) 24 часов после установления диагноза

45. При печеночной коме в соответствии с приказом МЗ РФ 203н исследование гемостаза выполняется не позднее

- а) 3 часов после установления диагноза
- б) 6 часов после установления диагноза

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

46. При ишемическом инсульте в соответствии с приказом МЗ РФ 203н тромболизис выполняется (при наличии показаний и отсутствии противопоказаний) не позднее

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

47. При остром коронарном синдроме в соответствии с приказом МЗ РФ 203н ЭКГ выполняется до ЧКВ и через

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

48. Перечень состояний и мероприятий по оказанию первой помощи утвержден

- а) приказом МЗ РФ № 477
- б) приказом МЗ РФ № 203н
- в) приказом МЗ РФ № 919н
- г) приказом МЗ РФ № 909н

49. Препараты, рекомендованные при проведении расширенного комплекса реанимационных мероприятий

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

50. Альтернативным способом введения лекарственных препаратов при реанимационных мероприятиях является

- а) внутрикостный, эндотрахеальный
- б) эндотрахеальный, ректальный
- в) внутримышечный, внутрикостный
- г) рекомендован только внутрикостный

51. Применение натрия гидрокарбоната при реанимационных мероприятиях показано

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

52. 1 место в структуре инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в РФ занимают

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

53. Какой путь передачи наиболее частый в стационаре

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

54. У пациентов в критическом состоянии в системе гемостаза преобладает

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

55. К системе физиологических антикоагулянтов относятся

- а) антитромбин III, протеин С
- б) тканевой активатор пламиногена, калликреин
- в) тканевой фактор, серотонин
- г) альфа2 антиплазмин, альфа2 антиглобулин

56. К активаторам фибринолиза относятся

- а) тканевой активатор пламиногена, калликреин
- б) тканевой фактор, серотонин
- в) альфа2 антиплазмин, альфа2 антиглобулин
- г) антитромбин III, протеин С

57. К ингибиторам фибринолиза относятся

- а) альфа2 антиплазмин, альфа2 антиглобулин
- б) антитромбин III, протеин С
- в) тканевой активатор пламиногена, калликреин
- г) тканевой фактор, серотонин

58. Базовыми тестами тромбоэластографии (ROTEM) являются

- а) EXTEM, INTEM
- б) FIBTEM, NATEM
- в) APTEM, ECATEM
- г) AIBTEM, HEATEM

59. Для детекции гиперфибринолиза при тромбоэластографии (ROTEM) используется тест

- а) APTEM
- б) INTEM
- в) FIBTEM
- г) NATEM

60. Для детекции избыточного действия гепарина при тромбоэластографии (ROTEM) используется тест

- а) НЕРТЕМ
- б) АРТЕМ
- в) ЕХТЕМ
- г) ЕСАТЕМ

61. Модифицированный критерий диагностики ДВС синдрома (2001) включает исследование тестов коагуляции

- а) число тромбоцитов, уровень D- димера, ПТВ
- б) уровень фибриногена, антитромбина III, протеина С
- в) уровень АЧТВ, ПТВ, антитромбина III
- г) число тромбоцитов, АЧТВ, уровень D-димера

62. Заместительная терапия при ДВС- синдроме включает введение СЗП в дозе

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

63. Показанием к переливанию криопреципитата является тяжелая гипофибриногенемия с уровнем фибриногена

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

64. При гиперкоагуляционной фазе ДВС синдрома инфузия нефракционированного гепарина начинается в дозе

- а) 10 Ед/кг/час
- б) 5 Ед/кг/час
- в) 15 Ед/кг/час
- г) 20 ЕД/кг/час

65. У пациентов с хронической печеночной недостаточностью без признаков кровотечения СЗП не назначается, если показатели ПТВ не превышают верхний предел более, чем

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

66. Безопасными гемостазиологическими условиями выполнения хирургических вмешательств являются

а) Тг больше или равно 50 000/мкл (больше или равно 100 000/мкл для больших вмешательств); МНО меньше или равно 1,5; АЧТВ меньше или равно 45 сек

б) Тг больше или равно 100 000/мкл (больше или равно 200 000/мкл для больших вмешательств); МНО меньше или равно 2,5; АЧТВ меньше или равно 45 сек

в) Тг больше или равно 50 000/мкл (больше или равно 100 000/мкл для больших вмешательств); МНО меньше или равно 2,0; АЧТВ меньше или равно 60 сек

г) Тг больше или равно 50 000/мкл (больше или равно 100 000/мкл для больших вмешательств); МНО меньше или равно 2,0; АЧТВ меньше или равно 90 сек

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

- а) антитромбина III
- б) фибриногена
- в) протеина С
- г) альфа2 антиглобулина

68. При развитии гепарининдуцированной тромбоцитопении рекомендуется применять

- а) гепариноиды
- б) низкомолекулярные гепарины
- в) непрямые антикоагулянты
- г) новые оральные антикоагулянты

69. Нормализация гемостаза при применении низкомолекулярных гепаринов наступает через

- а) 12 часов
- б) 6 часов
- в) 4 – 6 суток
- г) 5 – 8 суток

70. Нормализация гемостаза при применении блокаторов АДФ рецепторов (тиклодипин, клопидогрел) наступает через

- а) 10 – 13 суток
- б) 6 часов
- в) 12 часов
- г) 4 – 6 суток

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

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

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

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

г) 72 часа

73. При передозировке нефракционированного гепарина стартовая расчетная доза протамина сульфата составляет

- а) 1 мг протамина на 100 ЕД гепарина
- б) 0,5 мг протамина на 100 ЕД гепарина
- в) 4 мг протамина на 100 ЕД гепарина
- г) 3 мг протамина на 100 ЕД гепарина

74. К независимым факторам риска развития венозного тромбоза относится

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

75. Длительность лечения антикоагулянтами после эпизода ТЭЛА должна продолжаться

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

76. Какой из предложенных методов наиболее специфичен для диагностики ТЭЛА

- а) МСКТ с контрастом
- б) ЭхоКГ
- в) Rg органов грудной клетки
- г) D- димер

77. Согласно клиническим рекомендациям для оценки риска летального исхода при ТЭЛА в период госпитализации следует использовать индекс

- а) PESI
- б) Caprini
- в) Wells
- г) Geneva

78. У пациентов с ТЭЛА без стойкой гипотонии/ шока патогенетически обоснованным является применение

- а) антикоагулянтов
- б) антиагрегантов
- в) тромболитиков
- г) низкомолекулярных гепаринов

79. Абсолютным противопоказанием тромболитической терапии при ТЭЛА является

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

80. К высокой степени риска ВТЭО относятся
- а) ожоги площадью > 20% поверхности тела
 - б) большие гинекологические операции на фоне терапии эстрогенами
 - в) ХСН III-IV ФК по NYHA
 - г) Изолированные переломы костей голени
81. В послеоперационном периоде доза Надропарина кальция (фраксипарин) у пациентов > 70 кг составляет
- а) 0,6 мл
 - б) 0,4 мл
 - в) 0,3 мл
 - г) 0,2 мл
82. Ограничением к применению антикоагулянтов является
- а) почечная недостаточность
 - б) печеночная недостаточность
 - в) сердечная недостаточность
 - г) энтеральная недостаточность
83. Кровотечение с повышением уровня МНО на фоне приема варфарина является показанием к
- а) отмене варфарина и заместительной терапии факторами свертывания (СЗП, рекомбинантные препараты)
 - б) отмене варфарина и введении викасола
 - в) снижении дозы варфарина и заместительной терапии факторами свертывания (СЗП, рекомбинантные препараты)
 - г) отмене одной или двух последовательных доз варфарина под контролем МНО
84. Стартовая доза нефракционированного гепарина составляет
- а) 80 Ед/кг болюс + 18 ЕД/кг/час инфузия
 - б) 80 Ед/кг болюс + 4 ЕД/кг/час инфуз
 - в) 80 Ед/кг болюс + 2 ЕД/кг/час инфуз
 - г) 5000 Ед/кг болюс + 2 ЕД/кг/час инфуз
85. При кардиомиопатии, инфаркте миокарда, сердечной недостаточности максимальная профилактическая доза (без мониторинга) нефракционированного гепарина может составлять
- а) 20 000 МЕ/сут
 - б) 15 000 МЕ/сут
 - в) 10 000 МЕ/сут
 - г) 30 000 МЕ/сут
86. Контролем эффективности терапии низкомолекулярными гепаринами является
- а) активность Ха фактора, тромбоэластография
 - б) активность VIIa фактора, тромбоэластография

- в) АЧТВ, тромбоэластография
- г) контроль не требуется

87. Риск кумуляции эффекта при применении низкомолекулярных гепаринов увеличен у пациентов с

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

88. Диагностика гепарининдуцированной тромбоцитопении 2 типа основана на

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

89. Альтернативными препаратами при развитии гепарининдуцированной тромбоцитопении являются

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

90. Отмена варфарина перед операцией проводится за

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

91. При назначении варфарина для профилактики ТЭЛА целевое значение МНО составляет

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

92. Противопоказанием для назначения варфарина является

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

93. Двойная антитромбоцитарная терапия включает применение

- а) АСК + клопидогрел
- б) АСК + тикагрел
- в) АСК + варфар

г) АСК + транекс

94. Пиковый эффект аспирина проявляется через

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

95. Нормализация гемостаза после применения низкомолекулярных гепаринов наступает через

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

96. Укажите определение, более всего соответствующее понятию сепсиса на современном этапе

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

97. Системный воспалительный ответ (SIRS) – это

- а) типовая реакция организма
- б) самостоятельная нозологическая форма
- в) заболевание
- г) патологическое состояние

98. Компенсаторный противовоспалительный ответ (CARS) – это

- а) иммуносупрессия
- б) самостоятельная нозологическая форма
- в) заболевание
- г) патологическое состояние

99. Определение септического шока

- а) сепсис с гипотензией, требующей введения вазопрессоров для достижения САД 65mmHg и уровнем лактата сыворотки больше или равно 2ммоль/л
- б) септический шок, продолжающийся более 1 часа, рефрактерный к инфузионной терапии и введению вазопрессоров
- в) септический шок, продолжающийся более 2 часов, устойчивый к введению вазопрессоров
- г) АД систолическое менее 90 мм рт ст, критическое состояние пациента

100. Медиаторы, являющиеся основными инициаторами SIRS
- а) провоспалительные цитокины
 - б) кинины
 - в) биогенные амины
 - г) катионные белки
101. Медиаторы, являющиеся основными инициаторами CARS
- а) противовоспалительные цитокины
 - б) кинины
 - в) биогенные амины
 - г) катионные белки
102. Выберите Гр- микроорганизмы, способные вызвать сепсис
- а) *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacteriaceae*, *Acinetobacter*
 - б) *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*
 - в) *Actinobacteria*, *Clostridium*, *Bacillus*
 - г) *Candida*, *Nidovirales*, *Mycoplasma*
103. Выберите Гр+ микроорганизмы, способные вызвать сепсис
- а) *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Clostridium*
 - б) *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus mirabilis*
 - в) *Enterobacteriaceae*, *Acinetobacter*, *Stenotrophomonas*
 - г) *Candida*, *Nidovirales*, *Mycoplasma*
104. Патогенетические факторы полиорганной недостаточности при сепсисе
- а) генерализация воспалительной реакции, нарушение гомеостаза, гипоперфузия
 - б) гипоперфузия, эндогенная интоксикация, некроз и апоптоз клеток
 - в) лейкопения, функциональная анергия макрофага, агаммаглобулинемия
 - г) дефицит неспецифического и специфического иммунного ответа
105. В рекомендациях Сепсис-3 использование шкалы qSOFA рекомендовано
- а) вместо SIRS (CCBO) на этапе приемного отделения
 - б) вместо SIRS (CCBO) на этапе ОРИТ
 - в) вместо SIRS (CCBO) на этапе приемного отделения и ОРИТ
 - г) вместо SIRS (CCBO) на этапе перевода из ОРИТ
106. Скрининговыми показателями для эффективной диагностики сепсиса являются
- а) лактат больше или равно 2мм/л, PCT > 2 нг/л, увеличение СРБ, КОС – метаболический/респираторный ацидоз
 - б) лактат больше или равно 4 мм/л, PCT > 10 нг/л, КОС – метаболический ацидоз
 - в) 2 мм/л меньше или равно лактат меньше или равно 10мм/л, PCT меньше или равно 10 нг/л, СРБ больше или равно 5 мг/л, КОС – метаболический алкалоз
 - г) лактат больше или равно 2 мм/л, PCT > 10 нг/л, СРБ больше или равно 100 мг/л

107. Забор крови для микробиологического исследования у пациентов с сепсисом осуществляется

- а) до начала антимикробной терапии, если оно не задержит введение антибиотика
- б) не позднее 1 часа с момента установки диагноза
- в) не позднее 2 часов с момента поступления в стационар
- г) перед началом операции – санации очага инфекции

108. Основные компоненты в лечении сепсиса

- а) контроль инфекции, рациональная антибиотикотерапия, стабилизация гемодинамики, своевременная протективная ИВЛ
- б) респираторная поддержка, стабилизация гемодинамики, ИВЛ
- в) выявление инфекции, антибактериальная и цитокиновая терапия
- г) выявление инфекции, антибактериальная и инфузионная терапия

109. Респираторная поддержка в алгоритме целенаправленной ранней ИТ сепсиса и септического шока

- а) ДО 6 мл/кг, повышение РЕЕР при ОРДС, не рекомендована ВЧ ИВЛ, НИВЛ
- б) ДО 4 – 6 мл/кг, повышение РЕЕР, рекомендована НИВЛ
- в) ДО 6 – 8 мл/кг, повышение РЕЕР, рекомендована HFOV
- г) ДО 6 – 10 мл/кг, повышение РЕЕР до 15 см вод ст, инверсия I

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

- а) сбалансированные кристаллоиды 20-30 мл/кгМТ, отказ от ГЭК, предпочтение альбумину
- б) сбалансированные кристаллоиды 20-30 мл/кгМТ, отказ от ГЭК, предпочтение гелофузину
- в) сбалансированные кристаллоиды 30 мл/кгМТ, ГЭК при нестабильной гемодинамике, признаках гиповолемии
- г) сбалансированные кристаллоиды 30 мл/кгМТ, отказ от альбумина, предпочтение ГЭК

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

- а) норадреналин препарат выбора в дозе меньше или равно 2 мкг/кг/мин, дофамин пациентам с низким ЧСС, СВ
- б) добутамин препарат выбора в дозе 2 - 5 мкг/кг/мин
- в) адреналин препарат выбора в дозе 100 - 200 нг/кг/мин
- г) адреналин препарат выбора в дозе 300 - 500 нг/кг/мин

112. Трансфузионная терапия в алгоритме целенаправленной ранней ИТ сепсиса и септического шока

- а) трансфузия Эр массы при Нв меньше или равно 70 г/л без ишемии миокарда, СЗП для коррекции гемостаза при АЧТВ >60 сек и фибриногене <1,2 г/л, ТК при Тр <10 меньше или равно 10^9 /л

б) трансфузия Эр массы при Hb меньше или равно 90 г/л, СЗП для коррекции гемостаза при АЧТВ >45 сек и фибриногене <3,0 г/л, ТК при Тр <20 *10⁹/л

в) трансфузия Эр массы при Hb меньше или равно 90 г/л, СЗП для коррекции гемостаза при АЧТВ >45 сек и фибриногене <3,0 г/л, ТК при Тр <50 *10⁹/л

г) трансфузия Эр массы при Hb меньше или равно 80 г/л, СЗП для коррекции гемостаза при АЧТВ >45 сек и фибриногене <1,2 г/л, ТК при Тр <50 *10⁹/л

113. Этиологический фактор, предполагающий более высокую летальность при сепсисе

а) *Staphylococcus spp*

б) *Pseudomonas aeruginosa*

в) *Escherichia coli* (E coli)

г) ESBL (БЛРС – бета-лактамазы расширенного спектра)

114. Основная причина смерти при сепсисе

а) полиорганная недостаточность

б) эндогенная интоксикация

в) дыхательная недостаточность

г) почечная недостаточность

115. Снижению летальности при септическом шоке способствует

а) назначение эмпирической антибактериальной терапии в течение первых 30 мин

б) в/в введение допамина или адреналина

в) гемотрансфузия

г) интенсивная инфузионная терапия изотоническим раствором до 2 литров за 30

мин

116. Кем в 1942 г обнаружена плесень *Penicillium crustosum*, из которой был выделен пенициллин

а) З.В. Ермольевой

б) А. Флемингом

в) Г.У. Флори и Э. Чейном

г) П.В. Лебединским

117. Отметьте количество групп антибиотиков по химической структуре

а) 10

б) 9

в) 6

г) 5

118. Механизм действия на бактерии

а) ингибитор синтеза клеточной стенки

б) ингибитор функции цитоплазматической мембраны

в) ингибитор синтеза белка

г) ингибитор синтеза нуклеиновых кислот

119. Механизм действия цефалоспоринов на бактерии

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

120. Механизм действия карбапенемов на бактерии

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

121. Что такое «параллельный ущерб»

а) селекция полирезистентных микроорганизмов среди штаммов возбудителей инфекции и среди микроорганизмов, не являющихся этиологически значимыми и не входящих в спектр активности антибиотика

б) селекция полирезистентных микроорганизмов среди штаммов возбудителей инфекции, являющихся этиологически значимыми

в) селекция полирезистентных микроорганизмов среди штаммов возбудителей инфекции, входящих в спектр активности антибиотика

г) патологическое состояние

122. Основные микроорганизмы, возбудители ИОХВ

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

123. Главный возбудитель госпитальной инфекции

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

124. Источники формирования устойчивых бактерий

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

125. Длительное использование антибиотикопрофилактики способствует

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

126. Массивная трансфузионная терапия

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

127. В основе рациональной АБТ лежит стратификация больных

- а) по локализации инфекции, тяжести состояния и индивидуальным особенностям пациента, использованию антибиотика по показаниям
- б) по локализации инфекции, тяжести состояния и возрасту пациента, фармакокинетики антибиотика
- в) по локализации инфекции, тяжести состояния и коморбидности пациента, фармакодинамики антибиотика
- г) по локализации инфекции, экстренных показаний к госпитализации пациента, механизму действия антибиотика

128. Рациональный путь введения антибиотика при сепсисе

- а) внутривенный
- б) внутримышечный
- в) внутривенный и внутримышечный
- г) внутривенный и эндолимфатический

129. Эмпирическая антибактериальная терапия

- а) применение антибиотика до получения сведений о возбудителе инфекционного процесса и его чувствительности к АМП
- б) целенаправленное применение антибиотика, активного в отношении установленного возбудителя инфекции
- в) антибактериальная терапия перекрывающая весь спектр возбудителей с переходом на АМП направленного действия
- г) двухэтапное применение антимикробных препаратов

130. Этиотропная антибактериальная терапия

- а) целенаправленное применение антибиотика, активного в отношении установленного возбудителя инфекции
- б) применение антибиотика до получения сведений о возбудителе инфекционного процесса и его чувствительности к АМП
- в) антибактериальная терапия, перекрывающая весь спектр возбудителей с переходом на АМП направленного действия
- г) двухэтапное применение антимикробных препаратов

131. Дезэскалационная антибактериальная терапия

- а) антибактериальная терапия, перекрывающая весь спектр возбудителей с переходом на АМП направленного действия
- б) целенаправленное применение антибиотика, активного в отношении установленного возбудителя инфекции
- в) применение антибиотика до получения сведений о возбудителе инфекционного процесса и его чувствительности к АМП

г) двухэтапное применение антимикробных препаратов

132. Основная цель практических рекомендаций СКАТ

- а) оптимизация применения АМП в стационарах РФ, сдерживание антибиотикорезистентности
- б) профилактика распространения возбудителей нозокомиальных инфекций в стационарах РФ, резистентных к антибиотикам
- в) рациональное применение АМП с лечебной и профилактической целью
- г) оптимизация антибактериальной терапии, лечение нозокомиальных осложнений

133. Минимальная подавляющая концентрация – это

- а) минимальная концентрация антибиотика в питательной среде, при которой отсутствуют признаки размножения выделенного штамма возбудителя
- б) минимальная концентрация антибиотика в питательной среде, при которой проявляется его бактерицидное действие по отношению к возбудителю
- в) минимальная концентрация антибиотика, при которой происходит задержка возобновления пролиферации микроорганизма после удаления АПБ из инкубационной среды
- г) минимальная концентрация антибиотика, способствующая исчезновению патогена, при контрольном бактериологическом исследовании

134. Циклическая ротация антибиотиков – это

- а) периодическая замена режимов стартовой эмпирической терапии инфекций в ОРИТ
- б) исключение из больничного формуляра перечня антибиотиков по причине высокого уровня устойчивости
- в) пересмотр перечня антибиотиков в больничном формуляре по причине неудовлетворительного профиля безопасности или фармакокинетики
- г) обновление перечня антибиотиков в больничном формуляре по мере изменения ситуации на фармацевтическом рынке

135. Нежелательные лекарственные реакции антибиотика - это

- а) реакции, вызывающие дискомфорт, и/или опасный эффект, возникающий в ответ на прием антибиотика
- б) развитие резистентности к антибактериальному препарату
- в) изменение фармакокинетики антибиотика
- г) изменение фармакодинамики антибиотика

136. У беременных с ожирением наблюдаются изменения со стороны дыхательной системы

- а) Снижение функциональной остаточной емкости (ФОЕ)
- б) Повышение функциональной остаточной емкости (ФОЕ)
- в) Повышение среднего давления в легочной артерии (СДЛА)
- г) Брадикардия и повышение дыхательного резерва

137. У беременных с ожирением при проведении анестезии

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

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

- а) Развивается дилатационная кардиомиопатия
- б) Уменьшается объем циркулирующей крови
- в) Увеличивается объем эпидурального пространства
- г) Снижается сердечный выброс пропорционально степени ожирения

139. У рожениц с ожирением методом выбора обезболивания родов является

- а) Регионарная анестезия
- б) Ингаляционная анестезия
- в) Тотальная внутривенная анестезия
- г) Пациент – контролируемая внутривенная аналгезия

140. В премедикацию рожениц с ожирением обязательно следует включать

- а) Блокаторы протонной помпы
- б) Атропин
- в) Седативные препараты
- г) Наркотические анальгетики

141. При тяжелой степени синдрома гиперстимуляции яичников уровень эстрадиола составляет

- а) 4000 – 6000 пг/мл
- б) 6000 – 10000 пг/мл
- в) 10000 – 14000 пг/мл
- г) 14000 – 18000 пг/мл

142. При диагностике синдрома гиперстимуляции яичников кроме акушера – гинеколога и анестезиолога реаниматолога пациентку должен обязательно осмотреть

- а) Хирург (для исключения острой хирургической патологии)
- б) Невролог (для исключения острого нарушения мозгового кровообращения)
- в) Кардиолог (для исключения острого коронарного синдрома)
- г) Нефролог (для исключения острой почечной недостаточности)

143. Инфузионную регидратационную терапию у пациенток с синдромом гиперстимуляции яичников предпочтительно назначать с

- а) Кристаллоидов
- б) Альбумина
- в) Коллоидов
- г) Маннита

144. Нутритивная поддержка пациенткам с синдромом гиперстимуляции яичников назначается исходя из потребления белка

- а) 1,2 – 1,5 г/кг/сут
- б) 0,8 – 1,0 г/кг/сут
- в) 1,5 – 2,0 г/кг/сут
- г) 2,0 – 2,5 г/кг/сут

145. Наименьший уровень риска развития синдрома гиперстимуляции яичников отмечается при уровне эстрадиола

- а) < 4000 пг/мл
- б) < 6000 пг/мл
- в) < 8000 пг/мл
- г) < 10000 пг/мл

146. Пациентки с синдромом гиперстимуляции яичников должны получать тромбопрофилактику

- а) В 1 триместре беременности
- б) Во 2 триместре беременности
- в) В 3 триместре беременности
- г) В течение всей беременности

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

- а) Низкомолекулярные гепарины в профилактической дозировке
- б) Низкомолекулярные гепарины в лечебной дозировке
- в) Нефракционированный гепарин
- г) Непрямые антикоагулянты

148. Антикоагулянтом с доказанным тератогенным действием является

- а) Варфарин
- б) Нефракционированный гепарин
- в) Низкомолекулярные гепарины
- г) Новые пероральные антикоагулянты

149. Диагностика антифосфолипидного синдрома основана на триаде клинических и лабораторных проявлений

- а) Венозные/ артериальные тромбозы; привычное невынашивание беременности; двукратное выявление волчаночного антикоагулянта/ антикардиолипидных антител/ антител к гликопротеину
- б) Венозные/ артериальные тромбозы; синдром гиперстимуляции яичников; двукратное выявление волчаночного антикоагулянта/ антикардиолипидных антител/ антител к гликопротеину
- в) Венозные/ артериальные тромбозы; преэклампсия/ ее осложнения; двукратное выявление волчаночного антикоагулянта/ антикардиолипидных антител/ антител к гликопротеину

г) Венозные/ артериальные тромбозы; острая жировая дистрофия печени беременных; недостаточность АТ III/ протеина С/ протеина S

150. При антифосфолипидном синдроме у беременных профилактика венозного тромбоза проводится

- а) Низкомолекулярными гепаринами
- б) Нефракционированным гепарином
- в) Антагонистами витамина К
- г) Антиагрегантами

151. У беременных с механическими клапанами сердца при проведении тромбопрофилактики антагонистами витамина К целевой уровень МНО составляет

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

152. У беременных с механическими клапанами сердца при проведении тромбопрофилактики низкомолекулярными гепаринами целевой уровень антиХа составляет

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

153. У беременных с механическими клапанами сердца при проведении тромбопрофилактики нефракционированным гепарином целевой уровень АЧТВ составляет

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

154. При начале родовой деятельности на фоне приема антагонистов витамина К, роды следует вести

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

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

- а) Через 4 – 6 часов после самопроизвольных родов и через 8 – 12 часов после операции кесарева сечения
- б) Через 6 – 8 часов после самопроизвольных родов и через 10 – 14 часов после операции кесарева сечения

в) Через 10 – 12 часов после самопроизвольных родов и через 14 – 16 часов после операции кесарева сечения

г) Через 14 – 16 часов после самопроизвольных родов и через 18 – 20 часов после операции кесарева сечения

156. В случае умеренного риска послеродовых ВТЭО их профилактику следует проводить в течение

а) 1 недели после родов

б) 2 недель после родов

в) 3 недель после родов

г) 4 недель после родов

157. В случае высокого риска послеродовых ВТЭО их профилактику следует проводить в течение

а) 6 недель после родов

б) 8 недель после родов

в) 10 недель после родов

г) 12 недель после родов

158. Для инактивации антикоагулянтов – антагонистов витамина К в экстренной ситуации применяется СЗП в дозе

а) 10- 15 мл/кг

б) 20- 25 мл/кг

в) 30- 35 мл/кг

г) 40- 45 мл/кг

159. Основой адекватной терапии для пациентов в критическом состоянии является

а) оптимизация гемодинамики

б) рациональная антибактериальная терапия

в) сбалансированная инфузионная терапия

г) ERAS-протокол

160. Основное деление препаратов для инфузионно-трансфузионной терапии на группы

а) кристаллоиды, коллоиды, препараты крови

б) кристаллоиды, гидроксипроксиэтилкрахмалы, препараты крови

в) кристаллоиды, коллоиды, препараты малообъемной реанимации

г) кристаллоиды, синтетические и натуральные коллоиды

161. К сбалансированным растворам относятся

а) стерофундин, лактат Рингера, гелофузин

б) 0,9% раствор Na хлорида, реополиглюкин

в) 7,5% раствор Na хлорида, волювен

г) 10% раствор глюкозы, аминоклазмаль, липофундин

162. Препарат для низкообъемной гиперосмотической волюмокоррекции

а) гиперХАЕС

- б) гемохес
- в) волювен
- г) ХАЕСстерил

163. Основной неблагоприятный эффект применения инфузионной терапии
а) отек органов, сопровождающийся нарушением доставки и потребления кислорода

- б) повреждение легких с нарушением газообмена
- в) нарушение гемодинамики
- г) нарушение микроциркуляции

164. Основной неблагоприятный эффект применения трансфузионной терапии
а) повреждение легких с нарушением газообмена
б) отек органов, сопровождающийся нарушением доставки и потребления кислорода

- в) нарушение гемодинамики
- г) нарушение микроциркуляции

165. Основной неблагоприятный эффект применения кристаллоидов
а) быстрое перераспределение из сосудистого русла в интерстициальное пространство

- б) влияние на гемостаз
- в) инициация запуска синдрома TRALI
- г) анафилактоидная реакция

166. Основной неблагоприятный эффект применения коллоидов
а) влияние на гемостаз
б) быстрое перераспределение из сосудистого русла в интерстициальное пространство

- в) инициация запуска синдрома TRALI
- г) анафилактоидная реакция

167. Основной неблагоприятный эффект применения несбалансированных растворов

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

168. Основной неблагоприятный эффект применения препаратов крови

а) инициация запуска синдрома TRALI
б) влияние на гемостаз
в) быстрое перераспределение из сосудистого русла в интерстициальное пространство

- г) анафилактоидная реакция

169. Основной неблагоприятный эффект применения парэнтерального питания

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

170. Основные клинические проявления гипергидратации

- а) отеки, гипокалиемия, уремическая интоксикация
- б) головокружение, снижение тургора кожи, судороги
- в) жажда, отсутствие слюноотечения, энцефалопатия
- г) гипотензия, тахикардия, слабый пульс, акроцианоз

171. Инфузионная терапия в фазу ресусцитации

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

172. Инфузионная терапия в фазу оптимизации

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

173. Инфузионная терапия в фазу стабилизации

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

174. Инфузионная терапия в фазу эвакуации

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

175. Безопасная инфузионная терапия в педиатрии

- а) изотонические, сбалансированные растворы в ограниченных объемах
- б) переоценка инфузионной терапии под контролем гемодинамики
- в) введение 0,5 суточной потребности инфузии в первые 6 часов
- г) первоначальный болюс, не рекомендуется лактат Рингера

176. Безопасная инфузионная терапия в гериатрии

- а) переоценка инфузионной терапии под контролем гемодинамики
- б) изотонические, сбалансированные растворы в ограниченных объемах
- в) введение 0,5 суточной потребности инфузии в первые 6 часов
- г) первоначальный болюс, не рекомендуется лактат Рингера

177. Безопасная инфузионная терапия у пациентов с ожогами
- а) введение 0,5 суточной потребности инфузии в первые 6 часов
 - б) первоначальный болюс, не рекомендуется лактат Рингера
 - в) изотонические, сбалансированные растворы в ограниченных объемах
 - г) переоценка инфузионной терапии под контролем гемодинамики
178. Безопасная инфузионная терапия у пациентов с синдромом массивного размозжения тканей
- а) первоначальный болюс, не рекомендуется лактат Рингера
 - б) введение 0,5 суточной потребности инфузии в первые 6 часов
 - в) изотонические, сбалансированные растворы в ограниченных объемах
 - г) переоценка инфузионной терапии под контролем гемодинамики
179. К нестабильным состояниям при заболеваниях ССС относятся
- а) ОКС, ИМ давностью < 30 суток, стабильная стенокардия III – IV ФК по Канадской классификации
 - б) ИМ давностью < 60 суток, ХСН II – III ФК по NYHA
 - в) ОКС, впервые выявленная гипертрофическая кардиомиопатия
 - г) ИМ давностью < 90 суток, впервые выявленная фибрилляция желудочков
180. К операциям низкого риска кардиологических осложнений относятся
- а) эндоскопические вмешательства, операции на молочной железе, операции на коленном суставе
 - б) каротидная эндартерктомия, операции на голове и шее, операции на тазобедренном суставе
 - в) операции на сосудах, торакальные и абдоминальные операции, обширные экстренные
 - г) все перечисленное верно
181. К операциям среднего риска кардиологических осложнений относятся
- а) каротидная эндартерктомия, операции на голове и шее, операции на тазобедренном суставе
 - б) эндоскопические вмешательства, операции на молочной железе, операции на коленном суставе
 - в) операции на сосудах, торакальные и абдоминальные операции, обширные экстренные
 - г) все перечисленное верно
182. К операциям высокого риска кардиологических осложнений относятся
- а) операции на сосудах, торакальные и абдоминальные операции, обширные экстренные
 - б) каротидная эндартерктомия, операции на голове и шее, операции на тазобедренном суставе
 - в) эндоскопические вмешательства, операции на молочной железе, операции на коленном суставе

г) все перечисленное верно

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

- а) Lee
- б) Goldman
- в) Detsky
- г) Vanzetto

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

- а) NT-proBNP
- б) CD4
- в) высокочувствительный Тропонин I
- г) интерлейкин 6

185. Повторная оценка хирургического риска и развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий проводится при плохих функциональных резервах пациента

- а) 4 MET
- б) 5-7 MET
- в) 8-10 MET
- г) >10 MET

186. Бета - адреноблокаторы

- а) уменьшают потребность миокарда в O₂
- б) предотвращают развитие тромбоза
- в) ограничивают развитие атеросклеротических бляшек
- г) способствуют ремоделированию поврежденного миокарда

187. Периоперационный прием статинов

- а) снижает риск неблагоприятных кардиоваскулярных событий
- б) должны быть отменены за 5 суток до планового вмешательства
- в) повышает риск развития периоперационного инфаркта миокарда
- г) при наличии показаний назначаются за 5 суток до планового вмешательства

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

- а) высокого риска
- б) среднего риска
- в) промежуточного риска
- г) риск не отличается от риска осложнений у больных без ИБС

189. При внесердечной операции операция коронарного шунтирования в срок от 6 недель до 3 месяцев назад относит пациента к группе

- а) среднего риска
- б) высокого риска

- в) промежуточного риска
- г) риск не отличается от риска осложнений у больных без ИБС

190. При внесердечной операции операция коронарного шунтирования в срок > 3 месяцев назад относит пациента к группе

- а) риск не отличается от риска осложнений у больных без ИБС
- б) среднего риска
- в) промежуточного риска
- г) высокого риска

191. Важнейшим способом интраоперационного мониторинга ишемии миокарда является

- а) ЭКГ
- б) высокочувствительный Тропонин I
- в) NT- proBNP
- г) инвазивный мониторинг АД

192. Предпочтительным ингаляционным анестетиком при сопутствующей ИБС является

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

193. Минимальным депрессивным эффектом на миокард обладает

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

194. Пациентам со средним и высоким риском кардиоваскулярных осложнений рекомендуется послеоперационный мониторинг ЭКГ в течение

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

195. Гипертонический криз это резкое повышение АД

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

196. При сопутствующей АГ ЭхоКГ в предоперационном периоде назначается для установления

- а) гипертрофии миокарда
- б) поражения клапанного аппарата
- в) измерения размеров восходящей аорты

г) перикардального выпота

197. К препаратам выбора лечения неотложных состояний при артериальной гипертензии относятся

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

198. Для лечения АГ при преэклампсии и эклампсии противопоказаны

- а) ингибиторы АПФ и блокаторы рениновых рецепторов
- б) нитраты, бетаблокаторы
- в) метилдопа, сульфат магния
- г) сульфат магния, ингибиторы АПФ

199. Проведение регионарных методов анестезии абсолютно противопоказано при

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

200. Критериями формирования синдрома малого сердечного выброса при несердечных вмешательствах являются

- а) АД ср < 65 мм рт ст, SvO₂ < 65%, лактат > 2 ммоль/л
- б) АД ср < 90 мм рт ст, SvO₂ < 75%, лактат > 2,5 ммоль/л
- в) АД ср < 60 мм рт ст, SvO₂ < 55%, лактат > 3,5 ммоль/л
- г) АД ср < 60 мм рт ст, SvO₂ < 50%, лактат > 4 ммоль/л