

Инструкция: выберите один правильный ответ.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

1. По показаниям, скорая медицинская помощь оказывается бесплатно:

- 1) всем нуждающимся
- 2) всем нуждающимся, только при вызове в общественное место
- 3) только гражданам Российской Федерации
- 4) гражданам Российской Федерации, только при наличии полиса Обязательного медицинского страхования

2. Задачей службы скорой медицинской помощи является:

- 1) оказание экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим вне зависимости от места их нахождения (в том числе, в стационарах)
- 2) оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в стационарах скорой медицинской помощи
- 3) проведение лечебно-эвакуационных мероприятий в очаге поражения при чрезвычайных ситуациях и массовых катастрофах
- 4) оказание экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне стационарных лечебных учреждений и осуществление межбольничной транспортировки

3. После поступления экстренного вызова выезд бригады скорой медицинской помощи должен быть осуществлен не позднее:

- 1) 2 минут
- 2) 4 минут
- 3) 10 минут
- 4) 15 минут

4. При несчастном случае проезжающая мимо бригада скорой медицинской помощи обязана остановиться:

- 1) всегда
- 2) только если она не следует на экстренный вызов
- 3) только если она следует с вызова без больного
- 4) только при наличии на месте происшествия сотрудников милиции

5. Фельдшерская бригада скорой медицинской помощи может вызвать «на себя» врачебную бригаду:

- 1) в любом случае
- 2) для оказания консультативной диагностической помощи и проведения интенсивной терапии или реанимации при нахождении больного или пострадавшего в общественном месте
- 3) для оказания консультативной диагностической помощи и проведения интенсивной терапии или реанимации при нахождении больного или пострадавшего в квартире
- 4) по требованию больного или его родственников

6. Санитарный автомобиль скорой медицинской помощи на месте дежурства должен быть расположен таким образом, чтобы:

- 1) до объекта дежурства было не более 50 метров
- 2) из окна санитарного автомобиля был виден объект дежурства
- 3) сотрудники правоохранительных органов располагались не дальше 10 метров
- 4) экстренный выезд не требовал дополнительных маневров

7. Происшествие считается массовым, если число пострадавших превышает:

- 1) 1 человека

- 2) 2 человек
- 3) 3 человек
- 4) 10 человек

8. Происшествие считается «катастрофой», если число погибших превышает:

- 1) 1 человека
- 2) 2 человек
- 3) 3 человек
- 4) 10 человек

9. При массовых происшествиях ответственный по бригаде скорой медицинской помощи, первой прибывшей на место происшествия, становится ответственным за оказание медицинской помощи:

- 1) в любом случае
- 2) только, если бригада врачебная
- 3) только, если бригада специализированная
- 4) только по согласованию с оперативным отделом станции скорой медицинской помощи

10. В третью очередь, фельдшер, ответственный за оказание медицинской помощи при массовых происшествиях, должен:

- 1) принять участие в спасательных мероприятиях
- 2) организовать оказание медицинской помощи пострадавшим первой сортировочной группы
- 3) организовать экстренную эвакуацию пострадавших беременных и детей
- 4) передать собранную информацию прибывшему ответственному врачу

11. Последующие бригады скорой медицинской помощи, прибывшие на место происшествия, обязаны:

- 1) следовать распоряжениям оперативного отдела станции скорой медицинской помощи
- 2) неукоснительно выполнять распоряжения ответственного за оказание медицинской помощи при массовых происшествиях
- 3) немедленно самостоятельно начинать оказание медицинской помощи пострадавшим
- 4) немедленно самостоятельно начинать эвакуацию пострадавших в ближайшие лечебные учреждения

12. Количество сортировочных групп, выделяемых при медицинской сортировке пострадавших, равно:

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

13. К первой сортировочной группе относят пострадавших с:

- 1) крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- 2) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- 3) повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

14. Ко второй сортировочной группе относят пострадавших с:

- 1) крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- 2) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций

- 3) повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

15. К третьей сортировочной группе относят пострадавших с:

- 1) крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- 2) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- 3) повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

16. К четвертой сортировочной группе относят пострадавших с:

- 1) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- 2) повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- 3) повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств, нуждающихся в дальнейшем в стационарном лечении
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

17. К пятой сортировочной группе относят пострадавших с:

- 1) крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- 2) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- 3) повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств, нуждающихся в дальнейшем в стационарном лечении
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

18. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи в первой сортировочной группе является:

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
- 3) наблюдение, медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

19. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи во второй сортировочной группе является:

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
- 3) наблюдение, медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

20. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи в третьей сортировочной группе является:

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
- 3) наблюдение, медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

21. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи в четвертой сортировочной группе является:

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
- 3) наблюдение, медицинская помощь отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

22. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи в пятой сортировочной группе является:

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) наблюдение, медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена
- 3) наблюдение, медицинская помощь отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

23. Эвакуация пострадавших первой сортировочной группы:

- 1) не проводится
- 2) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 3) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 4) осуществляется во вторую очередь, транспортом общего назначения

24. Эвакуация пострадавших второй сортировочной группы:

- 1) не проводится
- 2) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 3) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 4) осуществляется во вторую очередь, транспортом общего назначения

25. Эвакуация пострадавших третьей сортировочной группы:

- 1) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 2) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 3) осуществляется во вторую очередь, транспортом общего назначения
- 4) проводится во вторую очередь, самостоятельно

26. Эвакуация пострадавших четвертой сортировочной группы:

- 1) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 2) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 3) осуществляется во вторую очередь, транспортом общего назначения
- 4) проводится во вторую очередь, самостоятельно

27. Эвакуация пострадавших пятой сортировочной группы:

- 1) не проводится
- 2) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 3) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 4) проводится во вторую очередь, транспортом общего назначения или самостоятельно

28. К пятой сортировочной группе относят пострадавших с:

- 1) множественными переломами бедра при беременности 22 недели
- 2) термическим ожогом стопы I степени у ребенка 8 лет
- 3) ушибом мягких тканей бедра
- 4) закрытым переломом VI-VIII ребер слева

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАТОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

1. В качестве анестетика в аппарате АН-8 используется:

- 1) фторотан
- 2) фентанил
- 3) закись азота
- 4) кислород

2. В аппарате АН-8 для обезболивания закисью азота применяется дыхательный контур:

- 1) открытый
- 2) полуоткрытый
- 3) полужакрытый
- 4) закрытый

3. Контур наркозно-дыхательного аппарата является полуоткрытым, если происходит вдох анестетика из:

- 1) атмосферы и его выдох в атмосферу
- 2) аппарата и его выдох в атмосферу
- 3) аппарата и его выдох частично в аппарат, частично в атмосферу
- 4) аппарата и его выдох в аппарат

4. Дыхательный мешок в аппарате АН-8 применим для:

- 1) сбора выдыхаемой закиси азота
- 2) измерения минутного объема дыхания
- 3) проведения искусственной вентиляции легких
- 4) наблюдения за характером спонтанного дыхания

5. Обезболивание закисью азота противопоказано при:

- 1) остром инфаркте миокарда
- 2) переломе трубчатых костей
- 3) пневмотораксе
- 4) закрытой травме живота

6. При развитии возбуждения во время масочного наркоза закисью азота необходимо:

- 1) начать искусственную вентиляцию легких
- 2) уменьшить концентрацию анестетика
- 3) ввести мочегонные препараты
- 4) увеличить концентрацию анестетика

7. Закись азота является:

- 1) сильным наркотиком со слабым анальгезирующим действием
- 2) слабым наркотиком с выраженным анальгезирующим действием
- 3) сильным наркотиком и анальгетиком
- 4) слабым наркотиком и анальгетиком

8. Анальгезия при вдыхании закисно-кислородной смеси в соотношении 2:1:

- 1) развивается при первом вдохе

- 2) развивается через 30-60 секунд
- 3) развивается через 2-3 минуты
- 4) не наступает

9. Проведение обезболивания закисью азота при отсутствии кислорода:

- 1) безопасно
- 2) противопоказано
- 3) возможно только после введения оксибутирата натрия
- 4) возможно только после интубации трахеи

10. При концентрации закиси азота во вдыхаемой смеси более 75% развивается:

- 1) фибрилляция желудочков
- 2) болевой синдром
- 3) гипоксия
- 4) токсическое поражение печени

11. Усиление наркотического эффекта закиси азота достигается:

- 1) увеличением концентрации закиси азота более 80% во вдыхаемой смеси
- 2) введением внутривенно транквилизаторов, оксибутирата натрия или анальгетиков
- 3) снижением концентрации закиси азота менее 50% во вдыхаемой смеси
- 4) увеличением потока закиси азота и кислорода до 20 литров в минуту

12. Травматичные манипуляции (например, интубацию трахеи или транспортную иммобилизацию) после внутривенного введения кетамина начинают через:

- 1) 10-15 секунд
- 2) 30-40 секунд
- 3) 1-2 минуты
- 4) 4-5 минут

13. Введение атропина перед кетаминотерапией предотвращает:

- 1) повышение артериального давления
- 2) урежение ритма дыхания
- 3) возникновение галлюцинаций
- 4) гиперсаливацию

14. О правильности выполнения искусственного дыхания свидетельствует:

- 1) видимое выбухание в эпигастрии
- 2) наличие экскурсии грудной клетки
- 3) парадоксальный пульс на сонных артериях
- 4) видимое набухание шейных вен

15. Введение транквилизаторов перед кетаминотерапией предотвращает:

- 1) угнетение сознания
- 2) урежение ритма дыхания
- 3) возникновение галлюцинаций
- 4) гиперсаливацию

16. Наиболее короткодействующим анальгетиком является:

- 1) кеторолак
- 2) морфин
- 3) трамадол
- 4) фентанил

17. При внутривенном введении фентанила максимальный анальгетический эффект развивается через:

- 1) 20-30 секунд
- 2) 1-2 минуты
- 3) 3-5 минут
- 4) 10-15 минут

18. Анальгетический эффект фентанила продолжается:

- 1) 5-10 минут
- 2) 30 минут
- 3) 1 час
- 4) 3 часа

19. В качестве анальгетика при сочетании перелома бедра с закрытой травмой живота на догоспитальном этапе целесообразно применить:

- 1) кеторолак
- 2) морфин
- 3) трамадол
- 4) фентанил

20. В качестве анальгетика при переломах крупных трубчатых костей без признаков травмы внутренних органов на догоспитальном этапе целесообразно применить:

- 1) кеторолак
- 2) морфин
- 3) трамадол
- 4) фентанил

21. Транквилизаторы вводятся вместе с анальгетиками для:

- 1) потенцирования обезболивающего эффекта
- 2) профилактики артериальной гипотензии
- 3) профилактики депрессии дыхания
- 4) профилактики угнетения сознания

22. Атаралгезией называется комбинация следующих препаратов:

- 1) реланиум и фентанил
- 2) атропин и морфин
- 3) фентанил и дроперидол
- 4) реланиум и димедрол

23. Нейролептанальгезией называется комбинация следующих препаратов:

- 1) реланиум и фентанил
- 2) атропин и морфин
- 3) дроперидол и фентанил
- 4) дроперидол и димедрол

24. Перед началом капельного введения допамина необходимо:

- 1) промыть желудок с помощью зонда
- 2) выполнить интубацию трахеи
- 3) провести инфузионную терапию при гиповолемии
- 4) внутривенно ввести атропин

25. К коллоидным инфузионным препаратам относится:

- 1) полиглюкин
- 2) 5% раствор глюкозы

- 3) 20% раствор глюкозы
- 4) ацесоль

26. Наименьшим влиянием на свертывающую систему крови из перечисленных коллоидных инфузионных препаратов обладает:

- 1) раствор гидроксиэтилкрахмала 450/0.7
- 2) раствор гидроксиэтилкрахмала 200/0.5
- 3) раствор гидроксиэтилкрахмала 130/0.4
- 4) полиглюкин

27. К кристаллоидным инфузионным препаратам относится:

- 1) полиглюкин
- 2) реополиглюкин
- 3) желатиноль
- 4) 0,9% раствор натрия хлорида

28. Наиболее ранним признаком остановки кровообращения является:

- 1) отсутствие пульса на сонных артериях
- 2) отсутствие самостоятельного дыхания
- 3) широкие зрачки
- 4) симптом «кошачьего зрачка»

29. При потере сознания у пациента, в первую очередь, необходимо проверить:

- 1) реакцию зрачков на свет
- 2) наличие самостоятельного дыхания
- 3) пульс на лучевой артерии
- 4) пульс на сонных артериях

30. Максимальное расширение зрачков при первичной остановке кровообращения проявляется через:

- 1) 5-10 секунд
- 2) 15-20 секунд
- 3) 30-60 секунд
- 4) 2-3 минуты

31. Сразу после остановки кровообращения на ЭКГ может наблюдаться:

- 1) любой ритм
- 2) только асистолия
- 3) только фибрилляция желудочков
- 4) только асистолия или фибрилляция желудочков

32. Успех реанимационных мероприятий более вероятен при первичной:

- 1) асистолии
- 2) мелковолновой фибрилляции желудочков
- 3) крупноволновой фибрилляции желудочков
- 4) электромеханической диссоциации

33. Продолжительность клинической смерти (без проведения реанимационных мероприятий) при обычных условиях внешней среды составляет:

- 1) 1 минуту
- 2) 3 минуты
- 3) 5 минут
- 4) 15 минут

34. Ранним признаком биологической смерти является:

- 1) отсутствие сознания
- 2) трупное окоченение
- 3) положительный симптом «кошачьего зрачка»
- 4) асистолия

35. Тройной прием Сафара предназначен для:

- 1) устранения западения корня языка
- 2) профилактики аспирации желудочного содержимого
- 3) удаления инородного тела из дыхательных путей
- 4) стабилизации шейного отдела позвоночника

36. Преимуществом проведения искусственного дыхания методом «рот в рот» является:

- 1) безопасность проведения для реаниматора
- 2) возможность применения этого метода в любых условиях
- 3) обеспечение дыхательной смеси, обогащенной кислородом
- 4) возможность точной регулировки параметров искусственного дыхания

37. Преимуществом масочной вентиляции легких является:

- 1) техническая простота подсоединения аппарата к больному
- 2) надежность поддержания герметичности дыхательных путей
- 3) предупреждение асфиксии вследствие западения корня языка
- 4) предупреждение аспирации рвотных масс

38. О правильности выполнения непрямого массажа сердца свидетельствует:

- 1) видимое набухание шейных вен
- 2) наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
- 3) перелом ребер
- 4) наличие пульса на лучевой артерии

39. Об эффективности выполнения непрямого массажа сердца свидетельствует:

- 1) отсутствие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
- 2) сухие склеры глазных яблок
- 3) регистрация артериального давления 40/0 мм рт.ст.
- 4) восстановление рефлексов и сужение зрачков

40. Обязательным критерием успешности выполнения комплекса сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе является:

- 1) наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий
- 2) появление самостоятельного пульса на сонных артериях
- 3) восстановление сознания
- 4) положительный симптом «кошачьего зрачка»

41. Компрессия грудной клетки при непрямом массаже сердца у взрослых выполняется с частотой:

- 1) 40-50 в минуту
- 2) 60-80 в минуту
- 3) 100-110 в минуту
- 4) 120-130 в минуту

42. При проведении реанимационного пособия непрямым массаж сердца и искусственное дыхание проводятся в соотношении:

- 1) 30:2 при любом количестве реаниматоров
- 2) 15:2 при любом количестве реаниматоров

- 3) 15:2 только при оказании помощи одним реаниматором
- 4) 5:1 при оказании помощи двумя реаниматорами

43. Суммарная доза адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому:

- 1) составляет 1 мл 0,1 % раствора
- 2) составляет 3 мл 0,1% раствора
- 3) составляет 5 мл 0,1% раствора
- 4) не ограничена

44. Струйное введение препаратов кальция показано:

- 1) всегда при асистолии
- 2) при асистолии, обусловленной гиперкалиемией
- 3) всегда при фибрилляции желудочков
- 4) при фибрилляции желудочков, обусловленной острым инфарктом миокарда

45. Электрическая дефибрилляция эффективна при регистрации на ЭКГ:

- 1) асистолии
- 2) идиовентрикулярного ритма
- 3) фибрилляции желудочков
- 4) полной атриовентрикулярной блокады

46. Электрическую дефибрилляцию монофазным импульсом у взрослого начинают с разряда:

- 1) 360 Дж
- 2) 300 Дж
- 3) 200 Дж
- 4) 150 Дж

47. Электрическую дефибрилляцию бифазным импульсом у взрослого начинают с разряда:

- 1) 300 Дж
- 2) 200 Дж
- 3) 100 Дж
- 4) 50 Дж

48. Перед проведением первого разряда электрической дефибрилляции необходимо:

- 1) проводить непрямой массаж сердца в течение 7 минут
- 2) выявить картину фибрилляции желудочков на мониторе электрического дефибриллятора
- 3) ввести лидокаин
- 4) ввести натрия гидрокарбонат

49. После проведения первого разряда бифазным электрическим дефибриллятором необходимо:

- 1) проводить непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких в течение 2 минут, после чего проверить успешность реанимационных мероприятий
- 2) сразу проверить его эффективность и при сохранении фибрилляции желудочков сразу провести еще 1 разряд с энергией 200 Дж
- 3) сразу проверить его эффективность и при сохранении фибрилляции желудочков сразу провести подряд еще 2 разряда с энергией 200 Дж
- 4) сразу проверить его эффективность и при сохранении фибрилляции желудочков обеспечить внутривенный доступ для введения адреналина

50. Электрическая дефибрилляция неэффективна:

- 1) без обязательной предварительной инфузии раствора натрия гидрокарбоната
- 2) при включенном режиме синхронизации дефибриллятора
- 3) в случае крупноволновой фибрилляции желудочков
- 4) в случае желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях

51. Натрия гидрокарбонат при проведении сердечно - легочной реанимации на догоспитальном этапе:

- 1) применяется всегда сразу после обеспечения внутривенного доступа
- 2) вводится каждые 10 минут в процессе реанимационных мероприятий
- 3) показан при отравлении амитриптилином
- 4) всегда противопоказан

52. Алгоритм реанимационного пособия при крупноволновой фибрилляции желудочков совпадает с лечебной тактикой при:

- 1) асистолии
- 2) желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях
- 3) электромеханической диссоциации с полной атриовентрикулярной блокадой на мониторе электрического дефибриллятора
- 4) электромеханической диссоциации с синусовой тахикардией на мониторе электрического дефибриллятора

53. Если остановка кровообращения развилась без свидетелей и на мониторе электрического дефибриллятора выявляется крупноволновая фибрилляция желудочков, необходимо:

- 1) внутривенно или эндотрахеально ввести лидокаин в дозе 1 мг/кг
- 2) нанести удар по груди
- 3) провести электрическую дефибрилляцию бифазным импульсом разрядом 200 Дж
- 4) внутривенно ввести 1 мг адреналина и начать непрямой массаж сердца

54. Если на мониторе электрического дефибриллятора регистрируется асистолия, следует:

- 1) начать закрытый массаж сердца, внутривенно или внутрикостно ввести лидокаин, адреналин и кальция хлорид
- 2) начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, ввести внутривенно или внутрикостно адреналин
- 3) провести электрическую дефибрилляцию бифазным импульсом 200 Дж
- 4) отказаться от проведения реанимационных мероприятий

55. Альтернативой интубации трахеи на догоспитальном этапе для поддержания проходимости дыхательных путей и защиты их от аспирации желудочного содержимого является:

- 1) орофарингеальный воздуховод
- 2) выполнение тройного приема Сафара
- 3) ларингеальная трубка
- 4) желудочный зонд

56. При поражении переменным электрическим током наиболее частым видом остановки кровообращения является:

- 1) асистолия
- 2) электромеханическая диссоциация
- 3) фибрилляция желудочков
- 4) полная атриовентрикулярная блокада

57. При поражении молнией наиболее частым видом остановки кровообращения является:

- 1) асистолия
- 2) электромеханическая диссоциация
- 3) фибрилляция желудочков
- 4) полная атриовентрикулярная блокада

58. При асфиксическом утоплении:

- 1) характерна первичная асистолия
- 2) наблюдается фибрилляция желудочков
- 3) развивается полная атриовентрикулярная блокада
- 4) остановка кровообращения не происходит

59. Асфиксическое утопление характеризуется:

- 1) первичным ларингоспазмом
- 2) первичной остановкой кровообращения
- 3) переломом шейного отдела позвоночника
- 4) первичной массивной аспирацией жидкости

60. Истинное утопление характеризуется:

- 1) первичным ларингоспазмом
- 2) первичной остановкой кровообращения
- 3) переломом шейного отдела позвоночника
- 4) первичной массивной аспирацией жидкости

61. Синкопальное утопление характеризуется:

- 1) первичным ларингоспазмом
- 2) первичной остановкой кровообращения
- 3) переломом шейного отдела позвоночника
- 4) первичной массивной аспирацией жидкости

62. При «синем» утоплении первым неотложным мероприятием является:

- 1) тщательное удаление аспирированной жидкости из дыхательных путей с помощью отсоса
- 2) быстрое восстановление проходимости дыхательных путей и начало искусственной вентиляции легких
- 3) ингаляция кислорода
- 4) внутривенное введение преднизолона

63. Экспираторная одышка характерна для:

- 1) неполной обструкции дыхательных путей инородным телом
- 2) бронхоспазма
- 3) острой сердечной недостаточности
- 4) аллергического отека верхних дыхательных путей

64. Стридорозное дыхание характеризуется:

- 1) затруднением дыхания только в фазу вдоха
- 2) затруднением дыхания только в фазу выдоха
- 3) затруднением дыхания в фазы вдоха и выдоха
- 4) частым дыханием с периодами апноэ

65. Стридорозное дыхание характерно для:

- 1) обструкции верхних дыхательных путей
- 2) бронхоспазма аллергического генеза
- 3) острой сердечной недостаточности

4) приступа бронхиальной астмы

66. Ведущим механизмом развития кардиогенного шока является:

- 1) первичное снижение сердечного выброса
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) снижение венозного притока крови к сердцу

67. Снижение сердечного выброса при истинном кардиогенном шоке обусловлено:

- 1) снижением сократительной способности миокарда
- 2) препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- 3) генерализованной вазодилатацией
- 4) снижением венозного притока крови к сердцу

68. Развитие шока при клапанном напряженном пневмотораксе со смещением средостения обусловлено:

- 1) снижением сократительной способности миокарда
- 2) препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- 3) генерализованной вазодилатацией
- 4) снижением венозного притока крови к сердцу

69. Развитие шока при массивной тромбоземболии легочной артерии обусловлено:

- 1) снижением сократительной способности миокарда
- 2) препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- 3) генерализованной вазодилатацией
- 4) снижением венозного притока крови к сердцу

70. Рациональным догоспитальным объемом терапии истинного кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда левого желудочка является применение:

- 1) нитратов и глюкокортикоидов на фоне массивной инфузионной терапии
- 2) кардиотоников (допамин), нитратов на фоне поддерживающей инфузионной терапии, ингаляция кислорода
- 3) сердечных гликозидов и глюкокортикоидов на фоне инфузии поляризующей смеси, ингаляция кислорода
- 4) вазопрессоров (норадреналин) и мочегонных препаратов

71. Ведущим механизмом развития первой фазы инфекционно-токсического (септического) шока является:

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) препятствие выбросу крови в аорту

72. Ведущим механизмом развития второй фазы инфекционно-токсического (септического) шока является:

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) препятствие выбросу крови в аорту

73. Рациональным догоспитальным объемом терапии первой фазы инфекционно-токсического (септического) шока является применение:

- 1) глюкокортикоидов и нитратов на фоне массивной инфузионной терапии, ингаляция кислорода

- 2) бактериостатических антибиотиков, глюкокортикоидов и антигистаминных препаратов
- 3) вазопрессоров (норадреналин) и лазикса на фоне массивной инфузионной терапии
- 4) глюкокортикоидов и вазопрессоров (норадреналин) на фоне инфузионной терапии, ингаляция кислорода

74. Ведущим механизмом развития анафилактического шока является:

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) препятствие выбросу крови в аорту

75. Обязательным комплексом интенсивной терапии при анафилактическом шоке на догоспитальном этапе является:

- 1) внутривенное введение адреналина и глюкокортикоидных препаратов на фоне инфузионной терапии, при бронхоспазме - эуфиллин, адекватная респираторная поддержка
- 2) внутривенное введение глюконата кальция и супрастина
- 3) внутримышечная инъекция адреналина, супрастина и кордиамина
- 4) внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов на фоне массивной инфузионной терапии, при бронхоспазме - интубация трахеи и искусственная вентиляция легких

76. При внезапном снижении артериального давления после применения антибиотика, в первую очередь, необходимо ввести внутривенно:

- 1) супрастин
- 2) кордиамин
- 3) адреналин
- 4) глюкокортикоидные препараты

77. Развитие затруднения дыхания после укуса осы при сохранении нормального уровня артериального давления, в первую очередь, требует введение внутривенно:

- 1) супрастина
- 2) кордиамина
- 3) адреналина
- 4) глюкокортикоидных препаратов

78. При аллергическом ангионевротическом отеке без затруднения дыхания рациональной тактикой на догоспитальном этапе является введение:

- 1) только антигистаминных препаратов
- 2) только глюкокортикоидных препаратов
- 3) глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов
- 4) адреналина, глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов

79. При генерализованной форме аллергической крапивницы рациональной тактикой на догоспитальном этапе является введение:

- 1) только антигистаминных препаратов
- 2) только глюкокортикоидных препаратов
- 3) глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов
- 4) адреналина, глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов

80. При локализованной форме аллергической крапивницы рациональной тактикой на догоспитальном этапе является введение:

- 1) супрастина
- 2) кальция хлорида
- 3) дексаметазона
- 4) адреналина

81. Шоковый индекс Аллговера – это:

- 1) отношение пульса к систолическому артериальному давлению
- 2) отношение пульса к диастолическому артериальному давлению
- 3) разница между систолическим и диастолическим давлением
- 4) отношение пульса к среднему артериальному давлению

82. В норме шоковый индекс Аллговера равен:

- 1) 0,5-0,7
- 2) 1,0-1,2
- 3) 1,5-2,0
- 4) 2,2-2,5

83. Шоковый индекс Аллговера корректно отражает объем острой кровопотери и степень травматического шока при скелетной травме в сочетании с:

- 1) черепно-мозговой травмой
- 2) повреждением спинного мозга в шейном отделе
- 3) повреждением внутренних органов
- 4) профузным кровотечением при ранении крупных сосудов

84. При острой кровопотере до 10% объема циркулирующей крови:

- 1) изменения гемодинамики отсутствуют
- 2) пульс учащается на 30%
- 3) снижается систолическое артериальное давление
- 4) повышается диастолическое артериальное давление

85. При острой кровопотере 20-25% объема циркулирующей крови:

- 1) изменения гемодинамики отсутствуют
- 2) пульс учащается на 100%
- 3) уменьшается пульсовое артериальное давление
- 4) снижается диастолическое артериальное давление

86. Острая кровопотеря сопровождается снижением систолического артериального давления в положении лежа уже при дефиците объема циркулирующей крови:

- 1) до 10%
- 2) 15-20%
- 3) 25-30%
- 4) более 30%

87. При острой кровопотере тахикардия проявляется уже при дефиците объема циркулирующей крови:

- 1) до 10%
- 2) более 15%
- 3) более 20%
- 4) более 30%

88. Ведущим механизмом развития травматического шока является:

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) болевой синдром

89. Гиповолемический шок I степени возникает при дефиците объема циркулирующей крови:

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) 30-40%
- 4) более 40%

90. Гиповолемический шок II степени возникает при дефиците объема циркулирующей крови:

- 1) 10% 2) 20%
- 3) 30-40%
- 4) более 40%

91. Гиповолемический шок III степени возникает при дефиците объема циркулирующей крови:

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) 30-40%
- 4) более 40%

92. Для шока I степени характерно систолическое артериальное давление:

- 1) ниже 60 мм рт. ст.
- 2) 60-80 мм рт. ст.
- 3) 80-90 мм рт.ст.
- 4) 120-130 мм рт.ст.

93. Для шока II степени характерно систолическое артериальное давление

- 1) ниже 60 мм рт. ст.
- 2) 60-80 мм рт. ст.
- 3) 90-100 мм рт. ст.
- 4) 100-120 мм рт. ст.

94. Для шока III степени характерно систолическое артериальное давление:

- 1) ниже 60 мм рт. ст.
- 2) 60-80 мм рт. ст.
- 3) 90-100 мм рт. ст.
- 4) 100-120 мм рт. ст.

95. Основной задачей интенсивной терапии гиповолемического шока на догоспитальном этапе является:

- 1) восполнение дефицита объема циркулирующей крови
- 2) стимуляция сократительной способности миокарда
- 3) улучшение реологических свойств крови
- 4) дегидратация

96. Инфузионная терапия при травматическом шоке без признаков внутрибрюшного кровотечения на догоспитальном этапе должна проводиться в объеме не менее:

- 1) 400 мл
- 2) 50% предполагаемой кровопотери
- 3) 100% предполагаемой кровопотери
- 4) 200% предполагаемой кровопотери

97. Скорость инфузии при травматическом шоке I степени без признаков внутрибрюшного кровотечения на догоспитальном этапе должна составлять не менее:

- 1) 20 мл/мин
- 2) 50-99 мл/мин

- 3) 100-199 мл/мин
- 4) 200-300 мл/мин

98. Скорость инфузии при травматическом шоке II степени без признаков внутрибрюшного кровотечения на догоспитальном этапе должна составлять не менее

- 1) 20 мл/мин
- 2) 50-99 мл/мин
- 3) 100-199 мл/мин
- 4) 200-300 мл/мин

99. Скорость инфузии при травматическом шоке III степени без признаков внутрибрюшного кровотечения на догоспитальном этапе должна составлять не менее

- 1) 20 мл/мин
- 2) 50-99 мл/мин
- 3) 100-199 мл/мин
- 4) 200-300 мл/мин

100. При острой кровопотере до 2 литров (шок I и II степени) объемное соотношение переливаемых кристаллоидных и коллоидных растворов должно составлять:

- 1) 2:1
- 2) 1:1
- 3) 1:2
- 4) коллоидные препараты не применяются

101. При острой кровопотере более 2 литров (шок III степени) объемное соотношение переливаемых кристаллоидных и коллоидных растворов должно составлять:

- 1) 2:1
- 2) 1:1
- 3) 1:2
- 4) кристаллоидные препараты не применяются

102. При острой кровопотере до 2 литров (шок I и II степени) на догоспитальном этапе препаратом выбора из коллоидных инфузионных растворов является:

- 1) альбумин
- 2) реополиглюкин
- 3) 6% раствор гидроксиэтилкрахмала 130/0.4
- 4) 10% раствор гидроксиэтилкрахмала 200/0.5

103. При острой кровопотере более 2 литров (шок III степени) на догоспитальном этапе инфузионную терапию целесообразно начинать с введения:

- 1) 5% раствора глюкозы
- 2) комбинированного раствора 7,2% натрия хлорида и 6% гидроксиэтилкрахмала 200/0.5 (Гиперхаес)
- 3) 0,9% раствора натрия хлорида
- 4) реополиглюкина

104. Площадь ожога головы и шеи составляет:

- 1) 5%
- 2) 9%
- 3) 12%
- 4) 18%

105. Площадь ожога передней или задней поверхности туловища составляет:

- 1) 9%

- 2) 12%
- 3) 18%
- 4) 25%

106. Площадь ожога верхней конечности составляет:

- 1) 9%
- 2) 12%
- 3) 18%
- 4) 25%

107. Площадь ожога нижней конечности составляет:

- 1) 9%
- 2) 12%
- 3) 18%
- 4) 25%

108. К глубоким относятся ожоги:

- 1) I степени
- 2) II степени
- 3) IIIa степени
- 4) IIIб степени

109. Характерным признаком ожога II степени является:

- 1) гиперемия кожи
- 2) отслойка эпидермиса с образованием пузырей
- 3) омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
- 4) некроз всех слоев дермы

110. Характерным признаком ожога IIIa степени является:

- 1) отслойка эпидермиса с образованием пузырей
- 2) омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
- 3) некроз всех слоев дермы
- 4) некроз кожи и расположенных под ней тканей

111. Характерным признаком ожога IIIб степени является:

- 1) отслойка эпидермиса с образованием пузырей
- 2) омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
- 3) некроз всех слоев дермы
- 4) некроз кожи и расположенных под ней тканей

112. Ведущим механизмом развития ожогового шока является:

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) гипертермия

113. Ожоговый шок развивается уже при площади поражения:

- 1) 5-10% глубокого ожога или поверхностного с отягощающими факторами
- 2) 15-20% глубокого ожога или поверхностного с отягощающими факторами
- 3) 20-40% глубокого ожога
- 4) более 40% глубокого ожога

114. Ожог верхних дыхательных путей соответствует ожогу поверхности тела:

- 1) 5%
- 2) 10%
- 3) 15%
- 4) 25%

115. Рациональным догоспитальным объемом терапии ожогового шока является:

- 1) обезболивание, инфузионная терапия, первичная хирургическая обработка ожоговой поверхности с охлаждением, госпитализация
- 2) обезболивание, инфузионная терапия, асептическая повязка на ожоговую поверхность с охлаждением, оксигенотерапия, госпитализация
- 3) обезболивание, асептическая повязка на ожоговую поверхность с охлаждением, оксигенотерапия, госпитализация
- 4) инфузионная терапия, асептическая повязка на ожоговую поверхность, госпитализация

116. Обработка ожоговой поверхности при поражении алюминий-органическими соединениями проводится:

- 1) водой
- 2) 20% раствором глюкозы
- 3) бензином или керосином
- 4) 40-70% этиловым спиртом

117. Обработка ожоговой поверхности при поражении негашеной известью проводится:

- 1) водой
- 2) вазелиновым маслом
- 3) бензином или керосином
- 4) 40-70% этиловым спиртом

118. Обработка ожоговой поверхности при поражении соединениями фосфора проводится:

- 1) водой
- 2) марганцовокислым калием
- 3) бензином или керосином
- 4) 40-70% этиловым спиртом

119. Обработка ожоговой поверхности при поражении соединениями фенола проводится:

- 1) полиглюкином
- 2) 20% раствором глюкозы
- 3) бензином или керосином
- 4) 40-70% этиловым спиртом

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

1. При записи ЭКГ на левую руку накладывается электрод:

- 1) зеленого цвета
- 2) желтого цвета
- 3) черного цвета
- 4) красного цвета

2. При записи ЭКГ на правую руку накладывается электрод:

- 1) зеленого цвета
- 2) желтого цвета

- 3) черного цвета
- 4) красного цвета

3. При записи ЭКГ на левую ногу накладывается электрод:

- 1) зеленого цвета
- 2) желтого цвета
- 3) черного цвета
- 4) красного цвета

4. При записи ЭКГ на правую ногу накладывается электрод:

- 1) зеленого цвета
- 2) желтого цвета
- 3) черного цвета
- 4) красного цвета

5. При записи ЭКГ грудной V1 электрод располагается:

- 1) у правого края грудины в IV межреберье
- 2) у левого края грудины в IV межреберье
- 3) между электродами V2 и V4
- 4) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье

6. При записи ЭКГ грудной V2 электрод располагается:

- 1) у правого края грудины в IV межреберье
- 2) у левого края грудины в IV межреберье
- 3) по правой срединно-ключичной линии в V межреберье
- 4) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье

7. При записи ЭКГ грудной V3 электрод располагается:

- 1) у левого края грудины в IV межреберье
- 2) между электродами V2 и V4
- 3) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье
- 4) по левой передней подмышечной линии на уровне электрода V4

8. При записи ЭКГ грудной V4 электрод располагается:

- 1) у левого края грудины в IV межреберье
- 2) у правого края грудины в IV межреберье
- 3) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье
- 4) по передней подмышечной линии в VI межреберье

9. При записи ЭКГ грудной V5 электрод располагается по левой:

- 1) срединно-ключичной линии в V межреберье
- 2) передней подмышечной линии на уровне электрода V4
- 3) средней подмышечной линии на уровне электрода V4
- 4) задней подмышечной линии на уровне электрода V4

10. При записи ЭКГ грудной V6 электрод располагается по левой:

- 1) срединно-ключичной линии в V межреберье
- 2) передней подмышечной линии на уровне электрода V4
- 3) средней подмышечной линии на уровне электрода V4
- 4) задней подмышечной линии на уровне электрода V4

11. При записи ЭКГ со скоростью 25 мм в секунду 1 мм на бумажной ленте соответствует времени:

- 1) 0,02 секунды

- 2) 0,04 секунды
- 3) 0,05 секунды
- 4) 0,2 секунды

12. При записи ЭКГ со скоростью 50 мм в секунду 1 мм на бумажной ленте соответствует времени:

- 1) 0,02 секунды
- 2) 0,05 секунды
- 3) 0,1 секунды
- 4) 0,2 секунды

13. Стандартными отведениями на ЭКГ называются:

- 1) I, II, III
- 2) aVR, aVL, aVF
- 3) V1, V2, V3
- 4) V7–V9

14. На ЭКГ переходной зоне соответствуют отведения:

- 1) II, III
- 2) aVF, aVL
- 3) V1-V2
- 4) V3-V4

15. Зубец P на ЭКГ отражает деполяризацию:

- 1) только правого предсердия
- 2) только левого предсердия
- 3) обоих предсердий
- 4) только правого желудочка

16. Продолжительность интервала PQ на ЭКГ в норме составляет:

- 1) 0,10-0,12 секунд
- 2) 0,12-0,20 секунд
- 3) 0,21-0,25 секунд
- 4) 0,26-0,28 секунд

17. Электрическую систолу желудочков на ЭКГ отражает:

- 1) зубец P
- 2) зубец R
- 3) комплекс QRS
- 4) интервал QT

18. Продолжительность комплекса QRS на ЭКГ в норме составляет:

- 1) 0,04 секунды
- 2) 0,08 секунд
- 3) 0,12 секунд
- 4) 0,14 секунд

19. Появление боли за грудиной после еды при принятии горизонтального положения на спине характерно для:

- 1) язвенной болезни желудка
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) сухого перикардита
- 4) спонтанного пневмоторакса

20. Зубец Т на ЭКГ называется «коронарным», если он:

- 1) отрицательный разноколенный
- 2) положительный разноколенный
- 3) симметричный и заостренный
- 4) двухфазный

21. При синусовом ритме во II стандартном отведении на ЭКГ положительный зубец Р:

- 1) не регистрируется
- 2) регистрируется перед каждым комплексом QRS
- 3) регистрируется только перед каждым вторым комплексом QRS
- 4) регистрируется после каждого комплекса QRS

22. При правильном синусовом ритме частота сердечных сокращений на ЭКГ определяется по формуле:

- 1) $600: R-R$
- 2) $R-R: 60$
- 3) $60: R-R$
- 4) $60: P-P$

23. Зубец Р-pulmonale на ЭКГ отражает нагрузку:

- 1) только на левое предсердие
- 2) только на правое предсердие
- 3) на оба предсердия
- 4) вместе на правое предсердие и правый желудочек

24. Зубец Р-mitrale на ЭКГ отражает нагрузку:

- 1) только на левое предсердие
- 2) только на правое предсердие
- 3) на оба предсердия
- 4) вместе на левое предсердие и левый желудочек

25. Ранним ЭКГ признаком гиперкалиемии является:

- 1) удлинение интервала PQ
- 2) подъем сегмента ST
- 3) высокий остrokонечный зубец Т
- 4) уширение комплекса QRS

26. При аллергической реакции на йод в анамнезе больному противопоказан:

- 1) кордарон
- 2) верапамил
- 3) метопролол
- 4) каптоприл

27. ЭКГ-признаком атриовентрикулярной блокады I степени является:

- 1) отсутствие зубца Р
- 2) регистрация зубца Р после комплекса QRS
- 3) удлинение интервала PQ
- 4) удлинение интервала QT

28. Наиболее типичным эквивалентом стенокардии является:

- 1) одышка
- 2) рвота
- 3) слабость в левой руке
- 4) озноб

29. Горизонтальное смещение сегмента ST на ЭКГ более чем на 1 мм от изолинии характерно для:

- 1) ишемии миокарда
- 2) передозировки сердечных гликозидов
- 3) гипокалиемии
- 4) перикардита

30. Характерным изменением на ЭКГ при приступе стенокардии является:

- 1) горизонтальная депрессия сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии
- 2) появление патологического зубца Q
- 3) снижение амплитуды зубца R
- 4) появление «коронарного» зубца T

31. Приступ стенокардии на ЭКГ, наряду с горизонтальной депрессией сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии, может сопровождаться:

- 1) удлинением интервала PQ
- 2) появлением патологического зубца Q
- 3) деформацией комплекса QRS
- 4) появлением «коронарного» зубца T

32. Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии на догоспитальном этапе является:

- 1) анальгин
- 2) трамал
- 3) изосорбида динитрат (изокет спрей)
- 4) валидол

33. В рациональный объем терапии фельдшерской бригады скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с отсутствием артериальной гипотензии входит:

- 1) ацетилсалициловая кислота, нитраты (в спрее или внутривенно капельно), при купировании боли - «актив» в поликлинику
- 2) экстренная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий
- 3) ацетилсалициловая кислота, нитраты, клопидогрель, гепарин, морфин при продолжающейся боли, обязательная госпитализация
- 4) ацетилсалициловая кислота, нитраты, клопидогрель, гепарин, морфин, вызов бригады интенсивной терапии или специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи

34. Препаратом выбора для коррекции тахикардии, вызванной нитроглицерином, является:

- 1) верапамил
- 2) новокаинамид
- 3) метопролол
- 4) дигоксин

35. Из перечисленных антиангинальных препаратов к нитратам относится:

- 1) молсидомин
- 2) изосорбида динитрат (изокет спрей)
- 3) анаприлин
- 4) нифедипин

36. Первоначальная доза клопидогреля при остром коронарном синдроме у пациентов до 75 лет составляет:

- 1) 75 мг
- 2) 150 мг
- 3) 300 мг
- 4) 600 мг

37. Препаратом выбора для купирования пароксизмов синусовой тахикардии с частотой сердечных сокращений 140 ударов в минуту является:

- 1) новокаинамид
- 2) кордарон
- 3) метопролол
- 4) магния сульфат

38. Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма тахиаритмии показан только при:

- 1) фибрилляции предсердий
- 2) трепетания предсердий
- 3) суправентрикулярной тахикардии
- 4) желудочковой тахикардии

39. Для купирования пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии с узкими комплексами QRS (менее 0,12 секунды) на догоспитальном этапе применим:

- 1) верапамил
- 2) дигоксин
- 3) метопролол
- 4) лидокаин

40. Первоначальная доза клопидогреля при остром коронарном синдроме у пациентов после 75 лет составляет:

- 1) 75 мг
- 2) 150 мг
- 3) 300 мг
- 4) 600 мг

41. Типичной формой острого инфаркта миокарда является:

- 1) абдоминальная
- 2) аритмическая
- 3) ангинозная
- 4) астматическая

42. Основным диагностическим признаком типичной формы острого инфаркта миокарда является:

- 1) загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- 2) иррадиация боли в левую руку
- 3) артериальная гипертензия
- 4) общая слабость

43. При остром инфаркте миокарда псевдосиндром «острого живота» характерен для:

- 1) астматической формы
- 2) ангинозной формы
- 3) абдоминальной формы
- 4) аритмической формы

44. При остром инфаркте миокарда приступ удушья, не сопровождающийся болью за грудиной, характерен для:

- 1) астматической формы
- 2) ангинозной формы
- 3) абдоминальной формы
- 4) аритмической формы

45. Подъем сегмента ST вогнутой формы на ЭКГ характерен для:

- 1) острого инфаркта миокарда
- 2) экссудативного перикардита
- 3) гиперкалиемии
- 4) передозировки сердечными гликозидами

46. ЭКГ-признаком острейшей стадии инфаркта миокарда является:

- 1) патологический зубец Q
- 2) монофазная кривая
- 3) отрицательный зубец T
- 4) удлинение интервала QT

47. Сохранение монофазной кривой на ЭКГ через 1 месяц и более после перенесенного острого инфаркта миокарда свидетельствует о развитии:

- 1) тромбоэмболии легочной артерии
- 2) аневризмы сердца
- 3) полной атриовентрикулярной блокады
- 4) постинфарктного перикардита

48. Зону некроза при остром инфаркте миокарда на ЭКГ отражает зубец:

- 1) P
- 2) Q
- 3) R
- 4) T

49. Появление патологического зубца Q на ЭКГ в отведениях II, III, aVF характерно для острого инфаркта миокарда:

- 1) задне-нижней локализации
- 2) передней локализации
- 3) передне-перегородочной локализации
- 4) боковой локализации

50. Появление патологического зубца Q на ЭКГ в отведениях V1-V3 характерно для острого инфаркта миокарда:

- 1) задне-нижней локализации
- 2) передней локализации
- 3) передне-перегородочной локализации
- 4) боковой локализации

51. Появление патологического зубца Q на ЭКГ в отведениях I, aVL, V4-V6 характерно для острого инфаркта миокарда:

- 1) задне-нижней локализации
- 2) передней локализации
- 3) передне-перегородочной локализации
- 4) боковой локализации

52. Основной причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе, является:

- 1) отек легких
- 2) разрыв миокарда с тампонадой сердца
- 3) полная атриовентрикулярная блокада
- 4) фибрилляция желудочков

53. При остром инфаркте миокарда отсутствие сознания и пульса на сонных артериях с сохраняющимися регулярными зубцами на ЭКГ характерно для:

- 1) синдрома Дресслера
- 2) разрыва миокарда с тампонадой сердца
- 3) полной атриовентрикулярной блокады
- 4) фибрилляции желудочков

54. При остром инфаркте миокарда причиной истинного кардиогенного шока является:

- 1) постинфарктный перикардит
- 2) обширный некроз миокарда
- 3) нарушения ритма сердца
- 4) полная атриовентрикулярная блокада

55. Острый инфаркт миокарда правого желудочка необходимо заподозрить при ЭКГ-признаках инфаркта:

- 1) передне-перегородочной локализации в сочетании с отеком легких
- 2) нижней стенки левого желудочка в сочетании с кардиогенным шоком
- 3) передней стенки левого желудочка в сочетании с кардиогенным шоком
- 4) боковой стенки левого желудочка

56. Для диагностики острого инфаркта миокарда правого желудочка наиболее информативными ЭКГ отведениями являются:

- 1) II, III, aVF
- 2) V1-V3
- 3) V7-V9
- 4) V3R-V4R

57. Препаратом выбора для купирования болевого синдрома при остром инфаркте миокарда является:

- 1) трамал
- 2) анальгин
- 3) морфин
- 4) кеторолак

58. При остром инфаркте миокарда внутривенная инфузия нитропрепаратов способствует профилактике:

- 1) синдрома Дресслера
- 2) рецидива боли
- 3) нарушений ритма сердца
- 4) нарушений проводимости сердца

59. Внутримышечный путь введения гепарина нецелесообразен из-за:

- 1) медленного всасывания
- 2) разрушения тканевыми ферментами
- 3) развития отека Квинке
- 4) развития болезненных гематом

60. Препаратом выбора для лечения неосложненного гипертонического криза на догоспитальном этапе является:

- 1) адельфан
- 2) гипотиазид
- 3) моксонидин
- 4) клофелин

61. Разовая доза моксонидина при неосложненном гипертоническом кризе с симпатoadреналовой активностью составляет:

- 1) 0,2 мг
- 2) 0,4 мг
- 3) 0,6 мг
- 4) 0,8 мг

62. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном гипертензивной энцефалопатией, является:

- 1) метопролол
- 2) эналаприлат
- 3) дибазол
- 4) нитраты

63. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном острым коронарным синдромом, является:

- 1) эналаприлат
- 2) нитраты
- 3) магния сульфат
- 4) метопролол

64. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном расслаивающей аневризмой аорты, является:

- 1) клофелин
- 2) эналаприлат
- 3) магния сульфат
- 4) нитраты

65. Препаратом выбора для лечения истинного кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда левого желудочка является:

- 1) кальция хлорид
- 2) преднизолон
- 3) допамин
- 4) мезатон

66. При остром инфаркте миокарда правого желудочка, сопровождающемся кардиогенным шоком, на догоспитальном этапе показано введение:

- 1) нитратов
- 2) фуросемида
- 3) антагонистов кальция
- 4) растворов для инфузионной терапии до стабилизации гемодинамики или до появления признаков левожелудочковой недостаточности

67. При остром инфаркте миокарда для купирования отека легких, не сопровождающегося артериальной гипотензией, показано введение:

- 1) клофелина
- 2) магния сульфата

- 3) нитратов
- 4) строфангина

68. При остром инфаркте миокарда для купирования отека легких, сопровождающегося артериальной гипотензией, показано введение:

- 1) кордиамина
- 2) фуросемида
- 3) преднизолона
- 4) допамина

69. При атриовентрикулярной блокаде II степени для купирования брадикардии на догоспитальном этапе применяется:

- 1) атропин
- 2) кордиамин
- 3) алупент
- 4) эуфиллин

70. Наибольшим эффектом для купирования брадикардии при полной атриовентрикулярной блокаде обладает:

- 1) атропин
- 2) эуфиллин
- 3) электрокардиостимуляция
- 4) допамин

71. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном отеком легких, является:

- 1) фуросемид
- 2) дибазол
- 3) магния сульфат
- 4) метопролол

72. Для купирования пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии с узкими комплексами QRS (менее 0,12 секунды) на догоспитальном этапе применим:

- 1) АТФ
- 2) дигоксин
- 3) кордарон
- 4) лидокаин

73. Для купирования пароксизмальной тахикардии с широкими комплексами QRS (более 0,12 секунды) на догоспитальном этапе применим:

- 1) верапамил
- 2) новокаинамид
- 3) дигоксин
- 4) кордарон

74. При некупированном пароксизме суправентрикулярной тахикардии на догоспитальном этапе повторное болюсное введение 5-10 мг верапамила:

- 1) недопустимо
- 2) возможно не ранее 10 минут
- 3) возможно не ранее 30-35 минут
- 4) возможно не ранее 2 часов

75. При передозировке верапамила на догоспитальном этапе показано введение:

- 1) атропина

- 2) налоксона
- 3) унитиола
- 4) кальция хлорида

76. ЭКГ-признак синдрома Фредерика – это:

- 1) фибрилляция предсердий с полной блокадой правой ножки пучка Гиса
- 2) фибрилляция предсердий с полной блокадой левой ножки пучка Гиса
- 3) фибрилляция предсердий с полной атриовентрикулярной блокадой
- 4) регулярная форма трепетания предсердий

77. Применение клофелина при гипертоническом кризе на догоспитальном этапе показано:

- 1) всегда при систолическом артериальном давлении выше 260 мм рт.ст.
- 2) при синдроме отмены клофелина
- 3) всегда при сопутствующем остром коронарном синдроме
- 4) всегда при сопутствующей гипертонической энцефалопатии

78. При трепетании предсердий волны F на ЭКГ лучше всего регистрируются в отведениях:

- 1) II, III, aVF
- 2) I, aVL
- 3) V3-V4
- 4) V5-V6

79. Препаратом выбора для купирования тахисистолической формы фибрилляции предсердий является:

- 1) лидокаин
- 2) дигоксин
- 3) верапамил
- 4) АТФ

80. Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий с левожелудочковой острой сердечной недостаточностью является:

- 1) метопролол
- 2) новокаинамид
- 3) дигоксин
- 4) верапамил

81. Риск развития интоксикации сердечными гликозидами повышает:

- 1) верапамил
- 2) панангин
- 3) кордарон
- 4) каптоприл

82. При передозировке сердечных гликозидов на ЭКГ регистрируется:

- 1) горизонтальное снижение сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии
- 2) подъем сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии
- 3) сегмент ST на изолинии
- 4) корытообразная депрессия сегмента ST

83. Для профилактики и лечения реперфузионных аритмий при проведении тромболитической терапии больным с острым коронарным синдромом показано введение:

- 1) дигоксина

- 2) новокаинамида
- 3) калия и магния аспарагината
- 4) лидокаина

84. Болюсное внутривенное введение АТФ показано при пароксизме:

- 1) фибрилляции предсердий
- 2) трепетания предсердий
- 3) узловой тахикардии
- 4) желудочковой тахикардии

85. Характерным признаком желудочковой экстрасистолы является:

- 1) положительный зубец Р, комплекс QRS уширен
- 2) отрицательный зубец Р, комплекс QRS уширен
- 3) зубец Р отсутствует, комплекс QRS уширен
- 4) зубец Р отсутствует, комплекс QRS обычной формы

86. Экстрасистолы называются ранними желудочковыми, если они:

- 1) возникают сразу после зубца Р
- 2) возникают через 0,1 секунды после зубца Р
- 3) наслаиваются на зубец Т
- 4) возникают через 0,2 секунды после зубца Т

87. Препаратом выбора для купирования регулярно пароксизмальной желудочковой тахикардии на догоспитальном этапе является:

- 1) метопролол
- 2) АТФ
- 3) лидокаин
- 4) дигоксин

88. Препаратом выбора для купирования желудочковой тахикардии типа «пируэт» на догоспитальном этапе является:

- 1) кордарон
- 2) магния сульфат
- 3) лидокаин
- 4) верапамил

89. ЭКГ-признаком полной атриовентрикулярной блокады является:

- 1) удлинение интервала PQ
- 2) уширение комплекса QRS
- 3) отсутствие связи между зубцом Р и комплексом QRS
- 4) удлинение интервала QT

90. Приступ Морганьи-Эдамса-Стокса характерен для:

- 1) полной атриовентрикулярной блокады
- 2) тромбоза общей сонной артерии
- 3) желудочно-кишечного кровотечения
- 4) фибрилляции желудочков

91. Приступ удушья и обильная пенистая розовая мокрота у больного на фоне гипертонического криза являются характерными признаками:

- 1) отека легких
- 2) легочного кровотечения
- 3) тромбоэмболии легочной артерии
- 4) пневмонии

92. Больной с отеком легких транспортируется в стационар на носилках в положении:

- 1) на боку
- 2) горизонтально на спине
- 3) на спине с приподнятым головным концом
- 4) на спине с приподнятым ножным концом

93. Боль в области груди, развившаяся на фоне внезапно возникшей одышки, наиболее характерна для:

- 1) острого перикардита
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) расслаивающей аневризмы аорты
- 4) тромбоэмболии ветвей легочной артерии

94. Систолический шум на верхушке сердца аускультативно выслушивается при:

- 1) аортальном стенозе
- 2) митральном стенозе
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности митрального клапана

95. Диастолическое дрожание на верхушке сердца «кошачье мурлыканье» аускультативно выслушивается при:

- 1) аортальном стенозе
- 2) митральном стенозе
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности митрального клапана

96. Пульсация сонных артерий отмечается при:

- 1) аортальном стенозе
- 2) митральном стенозе
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности митрального клапана

97. Систолическое дрожание во II межреберье справа от грудины аускультативно выслушивается при:

- 1) стенозе устья аорты
- 2) митральном стенозе
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности трехстворчатого клапана

98. Приступы головокружения и обмороки при увеличении физической нагрузки наиболее характерны для:

- 1) стеноза устья аорты
- 2) стеноза правого атриовентрикулярного отверстия
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности трехстворчатого клапана

99. ЭКГ-признаком перикардита является:

- 1) укорочение интервала PQ
- 2) наличие патологического зубца Q
- 3) укорочение интервала QT
- 4) подъем сегмента ST в большинстве отведений

100. Крепитация выслушивается:

- 1) при остром бронхите
- 2) при приступе бронхиальной астмы
- 3) при экссудативном плеврите
- 4) в начальной стадии долевой (крупозной) пневмонии

101. Ржавый характер мокроты характерен для:

- 1) тромбоэмболии ветвей легочной артерии
- 2) приступа бронхиальной астмы
- 3) долевой (крупозной) пневмонии
- 4) обострения хронической обструктивной болезни легких

102. При долевой (крупозной) пневмонии в отличие от тромбоэмболии легочной артерии наблюдается:

- 1) одышка
- 2) боль в грудной клетке, связанная с дыханием
- 3) мокрота с прожилками крови
- 4) синдром SI QIII на ЭКГ

103. Сульфокамфокаин противопоказан при повышенной чувствительности к:

- 1) ацетилсалициловой кислоте
- 2) морфину
- 3) новокаину
- 4) анальгину

104. Боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, и шум трения плевры при аускультации характерны для:

- 1) острого бронхита
- 2) бронхиальной астмы
- 3) сухого плеврита
- 4) экссудативного плеврита

105. Характерным аускультативным признаком сухого плеврита является:

- 1) шум трения плевры
- 2) ослабление дыхательных шумов
- 3) крепитация
- 4) влажные разнокалиберные хрипы

106. Характерным аускультативным признаком экссудативного плеврита является:

- 1) крупнопузырчатые влажные хрипы
- 2) шум трения плевры
- 3) крепитация
- 4) резкое ослабление дыхания на стороне поражения

107. Пикфлоуметрией измеряется:

- 1) дыхательный объем легких
- 2) резервный объем легких
- 3) жизненная емкость легких
- 4) пиковая скорость выдоха

108. Пикфлоуметрией определяется:

- 1) давление в дыхательных путях на вдохе
- 2) степень обструкции дыхательных путей
- 3) насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом
- 4) величина сердечного выброса

109. Основной жалобой больного при приступе бронхиальной астмы является:

- 1) боль в грудной клетке
- 2) удушье
- 3) кашель с гнойной мокротой
- 4) кровохарканье

110. Ведущим признаком бронхиальной астмы является:

- 1) постоянная инспираторная одышка
- 2) приступы одышки с удлиненным выдохом
- 3) лающий кашель
- 4) боль в грудной клетке, связанная с дыханием

111. При приступе бронхиальной астмы в легких при аускультации выслушиваются:

- 1) влажные крупнопузырчатые хрипы
- 2) влажные мелкопузырчатые хрипы
- 3) крепитация
- 4) сухие свистящие хрипы

112. Оптимальным способом купирования приступа бронхиальной астмы на догоспитальном этапе является:

- 1) внутривенное введение эуфиллина
- 2) ингаляция кислорода
- 3) ингаляция беродуала через небулайзер
- 4) внутривенное введение адреналина

113. Препаратом выбора для купирования приступа удушья при бронхиальной астме является:

- 1) беродуал
- 2) эуфиллин
- 3) супрастин
- 4) преднизолон

114. Проведение небулайзерной терапии будесонидом показано при:

- 1) кардиогенном отеке легких
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) пневмонии
- 4) бронхиальной астме

115. Антигистаминные препараты при астматическом статусе вызывают:

- 1) тахикардию и мышечную дрожь
- 2) усиление кашлевого рефлекса
- 3) резкое угнетение дыхания центрального генеза
- 4) сгущение мокроты с затруднением ее эвакуации

116. Ингаляция 100% кислорода при астматическом статусе может вызвать:

- 1) резкое возбуждение
- 2) временную остановку дыхания
- 3) учащение дыхания
- 4) купирование астматического статуса

117. При аллергической реакции на эуфиллин противопоказан:

- 1) супрастин
- 2) атропин

- 3) адреналин
- 4) преднизолон

118. Гипогликемическое состояние диагностируется по данным глюкометра (глюкотеста) при содержании глюкозы в крови уже меньше:

- 1) 8,2 ммоль/литр
- 2) 5,5 ммоль/литр
- 3) 3,3 ммоль/литр
- 4) 2,6 ммоль/литр

119. Гипергликемическое состояние диагностируется по данным глюкометра (глюкотеста) при содержании глюкозы в крови уже больше:

- 1) 3,3 ммоль/литр
- 2) 5,0 ммоль/литр
- 3) 7,0 ммоль/литр
- 4) 8,2 ммоль/литр

120. Для лечения гипогликемической комы на догоспитальном этапе внутривенно вводится:

- 1) тиамин 100 мг, затем 40 мл 40% раствора глюкозы
- 2) налоксон 0,4-0,8 мг
- 3) 40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 6-8 ЕД инсулина
- 4) 200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 капель в минуту

121. Если после введения 40 мл 40% раствора глюкозы у больного восстановилось сознание, в первую очередь необходимо:

- 1) предложить больному поесть
- 2) дополнительно ввести внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы
- 3) ввести инсулин короткого действия, затем предложить больному поесть
- 4) ввести поляризующую смесь

122. При гипергликемической коме в выдыхаемом воздухе характерный запах:

- 1) ацетона
- 2) миндаля
- 3) алкоголя
- 4) отсутствует

123. При гипергликемической коме дыхание:

- 1) не изменяется
- 2) редкое с длительными периодами остановки
- 3) частое и глубокое
- 4) частое и поверхностное

124. Догоспитальная интенсивная терапия гипергликемической комы заключается в:

- 1) инсулинотерапии
- 2) инфузии кристаллоидных растворов
- 3) введении глюкокортикоидов
- 4) введении лазикса

125. Для регидратации при диабетическом кетоацидозе на догоспитальном этапе применим раствор:

- 1) 10% глюкозы
- 2) 0,9% натрия хлорида
- 3) 4% натрия гидрокарбоната

4) полиглюкина

126. При деабетическом кетоацинозе для лечения аритмий на фоне удлинения интервала QT оптимально введение:

- 1) новокаинамида
- 2) амиодарона
- 3) калия и магния аспарагината
- 4) верапамила

127. При тиреотоксическом кризе противопоказано применение:

- 1) раствора глюкозы
- 2) дексаметазона
- 3) анаприлина
- 4) ацетилсалициловой кислоты

128. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности на догоспитальном этапе включает введение:

- 1) глюкокортикоидных препаратов
- 2) кальция хлорида
- 3) кордиамина
- 4) панангина

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

1. При наружном артериальном кровотечении кровь:

- 1) алого цвета, бьет струей
- 2) алого цвета, вытекает медленно
- 3) темно-вишневого цвета, бьет струей
- 4) темно-вишневого цвета, вытекает медленно

2. При наружном венозном кровотечении кровь:

- 1) алого цвета, бьет струей
- 2) алого цвета, вытекает медленно
- 3) темно-вишневого цвета, бьет струей
- 4) темно-вишневого цвета, вытекает медленно

3. При кровотечении из артерии конечности накладывается:

- 1) кровоостанавливающий жгут ниже места повреждения
- 2) кровоостанавливающий жгут выше места повреждения
- 3) давящая повязка на место повреждения
- 4) давящая повязка выше места повреждения

4. Ослабление кровоостанавливающего жгута при ранении артерии:

- 1) проводится каждые 3 часа летом и 1,5 часа зимой
- 2) проводится каждый час летом и полчаса зимой
- 3) проводится каждые полчаса летом и 10 минут зимой
- 4) на догоспитальном этапе не проводится

5. Перед ослаблением кровоостанавливающего жгута при ранении артерии:

- 1) внутривенно вводится этамзилат натрия
- 2) выполняется пальцевое прижатие артерии выше жгута
- 3) накладываеся давящая повязка на место повреждения
- 4) дополнительные мероприятия не требуются

6. При кровотечении из вены конечности накладывается:

- 1) кровоостанавливающий жгут ниже места повреждения
- 2) кровоостанавливающий жгут выше места повреждения
- 3) давящая повязка на место повреждения
- 4) давящая повязка выше места повреждения

7. Транспортная иммобилизация при переломе ключицы:

- 1) осуществляется путем заведения поврежденной верхней конечности за голову с фиксацией к шее
- 2) заключается в наложении повязки Дезо
- 3) заключается в наложении восьмиобразной повязки
- 4) не проводится

8. Кровопотеря при закрытом переломе диафиза плечевой кости у взрослого:

- 1) незначительная
- 2) максимально достигает 0,5 л
- 3) максимально достигает 1 л
- 4) максимально достигает 2 л

9. При переломе диафиза плечевой кости лестничная шина для транспортной иммобилизации:

- 1) не применяется
- 2) располагается от середины предплечья до плечевого сустава на поврежденной стороне
- 3) располагается от середины предплечья на поврежденной стороне до плечевого сустава на здоровой стороне
- 4) располагается от пястно-фаланговых суставов кисти на поврежденной стороне до плечевого сустава на здоровой стороне

10. При повреждении лучезапястного сустава или пястных костей транспортная иммобилизация:

- 1) не проводится
- 2) осуществляется расположением шины от концов пальцев до дистальной трети предплечья
- 3) осуществляется расположением шины от концов пальцев до локтевого сустава
- 4) осуществляется расположением шины от середины кисти до середины предплечья

11. При диафизарных переломах бедра шина для транспортной иммобилизации располагается от:

- 1) пальцев стопы до подмышечной впадины
- 2) пальцев стопы до тазобедренного сустава
- 3) середины голени до подмышечной впадины
- 4) коленного до тазобедренного сустава

12. Кровопотеря при закрытом переломе диафиза бедра у взрослого максимально достигает:

- 1) 0,5 л
- 2) 1 л
- 3) 1,5 л
- 4) 2 л

13. При переломах костей голени шина для транспортной иммобилизации располагается от:

- 1) пальцев стопы до подмышечной впадины
- 2) пальцев стопы до средней трети бедра

- 3) пальцев стопы до коленного сустава
- 4) голеностопного до коленного сустава

14. При лодыжечных переломах для транспортной иммобилизации:

- 1) лестничная шина не применяется
- 2) шина располагается от середины стопы до колена по задней поверхности
- 3) шина располагается от пятки до середины бедра
- 4) одна шина располагается от пальцев стопы до колена по задней поверхности, другая - V-образно с боков до середины голени

15. Кровопотеря при изолированных переломах костей таза у взрослого максимально достигает:

- 1) 0,5 л
- 2) 1 л
- 3) 2 л
- 4) 5 л

16. При подозрении на перелом позвоночника в поясничном отделе транспортировка пострадавших:

- 1) невозможна
- 2) производится в положении лежа на спине на жестких носилках или щите
- 3) производится в положении лежа на животе на жестких носилках или щите
- 4) производится в положении сидя

17. Первоочередным мероприятием у пострадавшего без сознания после падения с высоты или ныряния в воду является:

- 1) выполнение тройного приема Сафара
- 2) интубация трахеи
- 3) фиксация шейного отдела позвоночника с помощью шины-воротника
- 4) внутривенное введение глюкокортикоидных препаратов

18. При подозрении на перелом позвоночника в шейном отделе пострадавшие транспортируются лежа на:

- 1) спине с запрокинутой головой
- 2) спине с головой, приведенной к груди
- 3) спине с наложенной шиной-воротником
- 4) боку

19. При переломах ребер на догоспитальном этапе:

- 1) накладывается повязка Дезо
- 2) используется фиксирующая спиральная повязка на грудную клетку
- 3) применяется фиксирующая крестообразная повязка на грудную клетку
- 4) наложение фиксирующей повязки не показано

20. Характерным признаком двойного перелома ребер является:

- 1) парадоксальные движения грудной клетки в месте травмы при дыхании
- 2) отсутствие экскурсии поврежденной половины грудной клетки
- 3) нарастающая подкожная эмфизема
- 4) открытый пневмоторакс

21. При окончательном переломе ребер с наличием флотирующего участка грудной клетки на догоспитальном этапе:

- 1) используется спиральная повязка на грудную клетку

- 2) производится фиксация флотирующего участка пластырем без наложения циркулярной повязки
- 3) применяется циркулярная повязка на грудную клетку эластичным бинтом
- 4) фиксация флотирующего участка не показана

22. Рациональным догоспитальным объемом медицинской помощи пострадавшим с травмой, не осложненной шоком, является:

- 1) максимально быстрая транспортировка в стационар без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- 2) проведение обезболивания, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар
- 3) проведение обезболивания, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар на фоне массивной инфузионной терапии
- 4) проведение обезболивания, иммобилизация переломов, оксигенотерапия, транспортировка в стационар на фоне массивной инфузионной терапии

23. Рациональным догоспитальным объемом медицинской помощи при травматическом шоке является:

- 1) максимально быстрая транспортировка в стационар без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- 2) проведение обезболивания, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар
- 3) начало инфузионной терапии, респираторная поддержка, обезболивание, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар на фоне продолжающейся внутривенной инфузии
- 4) проведение массивной инфузионной терапии на месте происшествия до возмещения объема кровопотери, респираторная поддержка, обезболивание, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар

24. При синдроме длительного сдавления применение артериального жгута на догоспитальном этапе обосновано:

- 1) всегда
- 2) при наличии четкой зоны нежизнеспособности тканей поврежденной конечности
- 3) при признаках выраженной интоксикации
- 4) при сочетании с закрытыми переломами костей поврежденной конечности

25. При синдроме длительного сдавления применение артериального жгута на догоспитальном этапе обосновано:

- 1) всегда
- 2) при длительности сдавления не менее 8 часов
- 3) при длительности сдавления не менее 12 часов
- 4) при артериальном кровотечении

26. При синдроме длительного сдавления проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе:

- 1) обязательно
- 2) показано только после освобождения сдавленной конечности
- 3) показано только при артериальной гипотензии
- 4) противопоказано

27. Начальная инфузионная терапия при синдроме длительного сдавления на догоспитальном этапе (500 - 1000 мл) проводится раствором:

- 1) трисоли
- 2) реополиглюкина
- 3) 5% или 10% глюкозы
- 4) 0,9% натрия хлорида

28. При синдроме длительного сдавления обезболивание на догоспитальном этапе:

- 1) обязательно
- 2) показано только при сопутствующих переломах костей
- 3) противопоказано до освобождения сдавленной конечности
- 4) противопоказано при признаках выраженной интоксикации

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, И В ПСИХИАТРИИ

1. Шкала Глазго используется для оценки:

- 1) уровня угнетения сознания
- 2) степени тяжести шока
- 3) выраженности дыхательных расстройств при коме
- 4) состояния новорожденного

2. Сопору по шкале Глазго соответствует сумма баллов, равная:

- 1) 5
- 2) 7
- 3) 9
- 4) 13

3. Корнеальный рефлекс угнетается при:

- 1) дисциркуляторной энцефалопатии
- 2) поражении мозжечка
- 3) менингеальном синдроме
- 4) поражении ствола мозга

4. Диаметр зрачка в норме при обычном освещении примерно равен:

- 1) 0,5 мм
- 2) 1-1,5 мм
- 3) 2-2,5 мм
- 4) 3-4 мм

5. При анизокории выявляется одностороннее:

- 1) расширение или сужение зрачка
- 2) снижение или повышение реакции зрачка на свет
- 3) снижение корнеального рефлекса
- 4) опущение века

6. Рациональным объемом терапии фельдшерской бригады скорой медицинской помощи при выявлении признаков вклинения ствола мозга является:

- 1) срочная госпитализация в реанимационное отделение ближайшего стационара без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- 2) срочная госпитализация в реанимационное отделение нейрохирургического стационара без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- 3) применение ларингеальной трубки, проведение искусственной вентиляции легких в режиме гипервентиляции, срочная госпитализация в реанимационное отделение нейрохирургического стационара
- 4) внутривенное введение лазикса, введение дыхательных аналептиков (кофеин, кордиамин) и оксигенотерапия при нарушении дыхания, срочная госпитализация в реанимационное отделение нейрохирургического стационара

7. Расстройством высших корковых функций является:

- 1) анизокория

- 2) афазия
- 3) нистагм
- 4) центральный паралич

8. Остро развившийся односторонний положительный симптом Бабинского выявляется при поражении:

- 1) ствола мозга
- 2) мозжечка
- 3) полушария головного мозга на той же стороне
- 4) полушария головного мозга на противоположной стороне

9. Положительный симптом Кернига выявляется путем:

- 1) разгибания голени при согнутом под прямым углом к туловищу бедре
- 2) сгибания головы с приведением подбородка к груди
- 3) надавливания на лонное сочленение
- 4) поднятия выпрямленной в коленном суставе ноги

10. При возникновении судорожного припадка на догоспитальном этапе применяется:

- 1) кеторолак
- 2) кофеин
- 3) лидокаин
- 4) реланиум

11. Для купирования эпилептического припадка на догоспитальном этапе применим:

- 1) кальция глюконат
- 2) диазепам
- 3) лидокаин
- 4) эуфиллин

12. При продолжении судорожного статуса после применения диазепама на догоспитальном этапе показан:

- 1) прозерин
- 2) тиопентал натрия
- 3) лидокаин
- 4) фентанил

13. При невозможности купирования судорожного статуса на догоспитальном этапе традиционными препаратами (диазепам, тиопентал натрия) применим:

- 1) кофеин
- 2) 40% раствор глюкозы
- 3) листенон
- 4) лидокаин

14. Миастенический криз купируется введением:

- 1) атропина
- 2) прозерина
- 3) кофеина и кордиамина
- 4) налоксона

15. При подозрении на разрыв аневризмы мозговых сосудов или геморрагический инсульт на догоспитальном этапе необходимо ввести:

- 1) реополиглюкин
- 2) лазикс
- 3) гипотензивные препараты при систолическом артериальном давлении выше 170 мм рт.ст.

4) аминокaproновую кислоту

16. При подозрении на разрыв аневризмы мозговых сосудов или геморрагический инсульт минимальный уровень систолического артериального давления, превышение которого является показанием к гипотензивной терапии на догоспитальном этапе, составляет:

- 1) 130 мм рт.ст.
- 2) 150 мм рт.ст.
- 3) 170 мм рт.ст.
- 4) 200 мм рт.ст.

17. В объем догоспитальной терапии ишемического инсульта входит введение:

- 1) нейропротекторных препаратов (цитофлавин, цераксон)
- 2) гипотензивных препаратов при систолическом артериальном давлении выше 150 мм рт.ст.
- 3) диуретиков
- 4) аминокaproновой кислоты

18. Минимальный уровень систолического артериального давления, превышение которого при ишемическом инсульте является показанием к гипотензивной терапии на догоспитальном этапе, составляет:

- 1) 150 мм рт.ст.
- 2) 170 мм рт.ст.
- 3) 200 мм рт.ст.
- 4) 220 мм рт.ст.

19. Признаком, отличающим окклюзию нижнего сегмента брюшной аорты от ишемии в нижнем сосудистом бассейне спинного мозга, является:

- 1) нижняя параплегия
- 2) проводниковое нарушение чувствительности
- 3) расстройство функций тазовых органов
- 4) отсутствие пульсации на артериях нижних конечностей

20. Признаком, отличающим ушиб головного мозга от сотрясения, является:

- 1) потеря сознания
- 2) наличие очаговой неврологической симптоматики
- 3) сильная головная боль и рвота
- 4) нистагм

21. Прогрессирование отека головного мозга с нарушением витальных функций у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе является показанием к:

- 1) интубации трахеи или введению ларингеальной трубки и проведению искусственной вентиляции легких в режиме гипервентиляции
- 2) внутривенному капельному введению 5% раствора глюкозы
- 3) внутривенному введению лазикса
- 4) внутривенному введению пирацетама

22. При подозрении на повреждение спинного мозга на догоспитальном этапе необходимо внутривенно ввести:

- 1) глюкокортикоидные препараты
- 2) лазикс
- 3) пирацетам
- 4) лидокаин

23. Для купирования возбуждения при острых психотических расстройствах на догоспитальном этапе эффективны:

- 1) транквилизаторы
- 2) нейролептики
- 3) ноотропы
- 4) психостимуляторы

24. Развитие острого нейролептического синдрома обусловлено применением:

- 1) атропина
- 2) нейролептиков
- 3) транквилизаторов
- 4) опиатов

25. Острые дискинетические расстройства, вызванные приемом нейролептиков, купируются:

- 1) транквилизаторами
- 2) прозеринном
- 3) пирацетамом
- 4) кофеином

26. Невротическое расстройство характеризуется:

- 1) сохранением чувства реальности
- 2) развитием бреда
- 3) наличием истинных галлюцинаций
- 4) наличием псевдогаллюцинаций

27. Для купирования острых невротических расстройств на догоспитальном этапе применяются:

- 1) транквилизаторы
- 2) нейролептики
- 3) ноотропы
- 4) психостимуляторы

28. Острые алкогольные психозы (делирий, галлюциноз и др.) на догоспитальном этапе купируются:

- 1) аминазином
- 2) галоперидолом
- 3) диазепамом
- 4) кордиамином

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ОРГАНОВ ГРУДИ И ЖИВОТА, И В УРОЛОГИИ

1. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки проявляется следующим симптомокомплексом:

- 1) боль в животе опоясывающего характера, тошнота, рвота желудочным содержимым
- 2) схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота желудочным содержимым
- 3) умеренно выраженная боль в верхних отделах живота, рвота «кофейной гущей», язвенный анамнез
- 4) внезапно возникшая сильная боль в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки, язвенный анамнез

2. Отсутствие печеночной тупости при перкуссии характерно для:

- 1) травмы печени

- 2) прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) острого аппендицита
- 4) острого гепатита

3. Острый холецистит проявляется следующим симптомокомплексом:

- 1) боль в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, рвота «желчью»
- 2) боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку, тошнота, рвота, повышение температуры, при пальпации - увеличенный болезненный желчный пузырь
- 3) боль в правой половине живота и поясничной области справа, болезненность при поколачивании в правой поясничной области
- 4) боль в эпигастральной области с последующим перемещением в правую подвздошную область, тошнота, однократная рвота

4. Рациональным догоспитальным объемом терапии при остром холецистите является:

- 1) холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар в положении лежа
- 2) обезболивание, антибиотики, «актив» в поликлинику
- 3) обезболивание, госпитализация в хирургический стационар в положении лежа
- 4) госпитализация в хирургический стационар в положении лежа без дополнительных лечебных мероприятий

5. Рациональным догоспитальным объемом терапии при остром панкреатите является:

- 1) обезболивание, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар
- 2) холод на живот, спазмолитики, введение желудочного зонда, госпитализация в хирургический стационар на фоне инфузионной терапии кристаллоидами
- 3) госпитализация в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) исключение приема пищи и жидкости, спазмолитики, передать «актив» в поликлинику

6. Боль в начальной стадии острого аппендицита локализуется в:

- 1) эпигастральной области с последующим перемещением в правую подвздошную область
- 2) верхней половине живота с иррадиацией в спину
- 3) правой подвздошной области с иррадиацией в пах, правое яичко
- 4) правом подреберье с последующим перемещением в правую подвздошную область

7. Рациональным догоспитальным объемом медицинской помощи при остром аппендиците является:

- 1) холод на живот, обезболивание, госпитализация в хирургический стационар
- 2) холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар
- 3) госпитализация в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) антибиотики, обезболивание, спазмолитики, «передать актив» в поликлинику

8. Рациональной догоспитальной тактикой при положительных симптомах острого аппендицита и наличии рубца от хирургического вмешательства в правой подвздошной области является:

- 1) госпитализация в хирургический стационар в срочном порядке
- 2) вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи для консультации
- 3) обезболивание, повторный осмотр через 2 часа
- 4) обезболивание, «актив» в поликлинику

9. Открытый пневмоторакс проявляется следующим симптомокомплексом:

- 1) наличие раны, аускультативно - дыхание везикулярное с обеих сторон, одышка
- 2) наличие раны, на пораженной стороне притупление перкуторного звука и ослабленное дыхание при аускультации, одышка

- 3) свистящее дыхание из раны грудной клетки с выделением пузырьков воздуха, смешанного с кровью, на пораженной стороне тимпанический перкуторный звук и ослабленное дыхание при аускультации, одышка
- 4) отсутствие раны, на пораженной стороне тимпанический перкуторный звук и ослабленное дыхание при аускультации, крепитация ребер при дыхании и пальпации, одышка, подкожная эмфизема

10. Рациональная тактика при острой кишечной непроходимости на догоспитальном этапе включает:

- 1) сифонную клизму, при отсутствии эффекта - госпитализацию в хирургический стационар
- 2) введение желудочного зонда, госпитализацию в хирургический стационар на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидами
- 3) госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) обезбоживание, противорвотные и слабительные препараты, передать «актив» в поликлинику

11. К ранним лечебным мероприятиям при открытом пневмотораксе на догоспитальном этапе относится:

- 1) плевральная пункция на стороне повреждения во II межреберье по срединно-ключичной линии
- 2) начало искусственной вентиляции легких
- 3) окклюзионная повязка на рану грудной клетки
- 4) срочная госпитализация в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

12. Рациональная тактика при диффузном перитоните с выраженным интоксикационным синдромом на догоспитальном этапе включает:

- 1) обезбоживание, госпитализацию в хирургический стационар
- 2) введение желудочного зонда, госпитализацию в хирургический стационар на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидами
- 3) госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) антибиотики, госпитализацию в хирургический стационар

13. Ущемленная грыжа проявляется следующим симптомокомплексом:

- 1) наличие грыжевого выпячивания, боль, положительный кашлевой толчок
- 2) наличие грыжевого выпячивания, его невосприимчивость, боль, отсутствие кашлевого толчка
- 3) наличие грыжевого выпячивания, его невосприимчивость, отсутствие боли
- 4) появление грыжевого выпячивания при кашле, возможность вправления

14. Рациональная тактика при ущемленной грыже на догоспитальном этапе включает:

- 1) спазмолитики, попытку вправить грыжу, при невосприимчивости - госпитализацию в хирургический стационар
- 2) спазмолитики, обезбоживание, госпитализацию в хирургический стационар
- 3) госпитализацию в хирургический стационар без введения спазмолитиков, обезбоживания и попыток вправить грыжу
- 4) обезбоживание, холод на живот, передать «актив» в поликлинику

15. Догоспитальная тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи включает:

- 1) незамедлительную госпитализацию в хирургический стационар
- 2) при отсутствии боли - передать «актив» в поликлинику
- 3) при наличии боли - обезбоживание, спазмолитики, повторный осмотр через 2 часа
- 4) при наличии боли - обезбоживание, спазмолитики, госпитализацию в хирургический стационар

16. Наличие проникающего ранения живота не вызывает сомнения при:

- 1) эвентрации или истечения из раны содержимого кишечника
- 2) кровотечения из раны передней брюшной стенки
- 3) сильной боли в животе, вздутии живота, рвоте кровью
- 4) притуплении в отлогах местах при перкуссии живота, положительном симптоме Щеткина – Блюмберга

17. Рациональная тактика при проникающем ранении живота и выпадении петель кишечника на догоспитальном этапе включает:

- 1) вправление петли кишечника в брюшную полость, асептическую по-вязку, госпитализацию в хирургический стационар
- 2) обезболивание при сильном болевом синдроме, наложение асептиче-ской повязки (увлажненной в жаркое время года) без вправления петель кишечника в брюшную полость, госпитализацию в хирургический стационар
- 3) срочную госпитализацию в хирургический стационар без дополни-тельных лечебных мероприятий
- 4) введение антибиотиков, наложение асептической повязки с охлажде-нием, госпитализацию в хирургический стационар

18. Рациональная тактика при закрытой травме живота и подозрении на повреждение внутренних органов на догоспитальном этапе включает:

- 1) госпитализацию в хирургический стационар после проведения массивной инфузионной терапии
- 2) срочную госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 3) срочную госпитализацию в хирургический стационар на фоне поддерживающей инфузионной терапии, обезболивание короткодействующими анальгетиками (закись азота, фентанил) при сильном болевом синдроме
- 4) начало инфузионной терапии, вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи

19. Рациональной тактикой догоспитальной инфузионной терапии при ранениях или травме живота с подозрением на повреждение внутренних органов является:

- 1) обязательное переливание 1 л инфузионных растворов
- 2) массивная инфузионная терапия до достижения систолического артериального давления не ниже 120 мм рт.ст.
- 3) инфузионная терапия не показана до хирургической остановки кровотечения
- 4) струйное переливание инфузионных растворов до достижения систо-лического артериального давления 80 мм рт.ст., затем капельная инфузия до достижения систолического артериального давления 100 мм рт.ст.

20. При перкуссии на стороне пневмоторакса отмечается:

- 1) тимпанит
- 2) резкое притупление
- 3) ясный легочный звук
- 4) коробочный звук

21. К ранним лечебным мероприятиям при напряженном клапанном пневмотораксе на догоспитальном этапе относится:

- 1) плевральная пункция на стороне повреждения во II межреберье по срединно-ключичной линии
- 2) плевральная пункция на стороне повреждения в V межреберье по срединно-ключичной линии

- 3) плевральная пункция на стороне повреждения в VII межреберье по лопаточной или задне-подмышечной линии
- 4) срочная госпитализация в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

22. При большом гемотораксе на догоспитальном этапе плевральная пункция:

- 1) не проводится
- 2) проводится на стороне повреждения во II межреберье по срединно-ключичной линии
проводится на стороне повреждения в V межреберье по лопаточной или задне-подмышечной линии
- 3) проводится на стороне повреждения в VII межреберье по лопаточной или задне-подмышечной линии

23. Рациональной тактикой при проникающих ранениях груди с подозрением на ранение сердца на догоспитальном этапе является:

- 1) незамедлительная госпитализация в операционный блок стационара
- 2) проведение массивной инфузионной терапии до стабилизации гемодинамических показателей пострадавшего, госпитализация в реанимационное отделение
- 3) вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи
- 4) незамедлительное начало непрямого массажа сердца, госпитализация в реанимационное отделение

24. Интенсивная пульсирующая боль в грудной клетке характерна для:

- 1) острого коронарного синдрома
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты
- 4) острого перикардита

25. Иррадиация боли в область лопаток характерна для:

- 1) расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты
- 2) перикардита
- 3) острого инфаркта миокарда
- 4) спонтанного пневмоторакса

26. Быстрое снижение систолического артериального давления до 100 мм рт.ст. показано на догоспитальном этапе при:

- остром нарушении мозгового кровообращения
- отеке легких
- гипертоническом кризе
- расслаивающей аневризме аорты

27. Рациональной тактикой фельдшерской бригады скорой медицинской помощи при расслаивающей аневризме аорты является:

- 1) незамедлительная самостоятельная госпитализация
- 2) вызов врачебной линейной бригады скорой медицинской помощи
- 3) вызов специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи
- 4) вызов специализированной реанимационной бригады скорой медицинской помощи

28. Больного с диагнозом «расслаивающая аневризма аорты» наиболее целесообразно госпитализировать в:

- 1) любое ближайшее лечебное учреждение
- 2) ближайший кардиологический блок интенсивной терапии
- 3) ближайшее отделение общей реанимации
- 4) отделение реанимации стационара, имеющего отделение ангиохирургии

29. Догоспитальной тактикой при тромбозе глубоких вен нижней конечности является:

- 1) срочная госпитализация в терапевтическое отделение
- 2) срочная госпитализация в ангиохирургическое отделение
- 3) повторный осмотр через 2 часа
- 4) передать «актив» в поликлинику

30. Отличием анурии от острой задержки мочи, выявляемым на догоспитальном этапе, является:

- 1) увеличенный мочевой пузырь, определяемый пальпаторно и перкуторно
- 2) отсутствие мочи при отсутствии позывов к мочеиспусканию
- 3) отсутствие мочи при наличии мучительных позывов к мочеиспусканию
- 4) подтекание мочи при отсутствии позывов к мочеиспусканию

31. Рациональной догоспитальной тактикой при острой задержке мочи продолжительностью более 12 часов является:

- 1) катетеризация мочевого пузыря мягким катетером, при удачной попытке госпитализация не проводится
- 2) катетеризация мочевого пузыря мягким катетером, госпитализация
- 3) катетеризация мочевого пузыря мягким катетером, при неудачной попытке - введение металлического катетера, госпитализация
- 4) госпитализация без попыток катетеризации мочевого пузыря мягким катетером

32. Содержащий местный анестетик гель (катеджель) перед катетеризацией мочевого пузыря на догоспитальном этапе:

- 1) не применяется
- 2) инстиллируется в мочеиспускательный канал, после чего уретральный катетер вводится через 7-10 минут
- 3) инстиллируется в мочеиспускательный канал, после чего сразу вводится уретральный катетер
- 4) применяется путем нанесения на уретральный катетер

33. Внезапно возникшая интенсивная боль в правой половине живота без предшествующей травмы и появления мочи, окрашенной кровью, характерны для:

- 1) острого аппендицита
- 2) острого холецистита
- 3) мочекаменной болезни с приступом почечной колики
- 4) правосторонней трубной внематочной беременности

34. Острый гнойный пиелонефрит проявляется:

- 1) внезапно возникшей интенсивной болью в поясничной области
- 2) потрясающим ознобом, признаками интоксикации
- 3) частым болезненным мочеиспусканием
- 4) полиурией

35. Бактеремический шок, осложняющий острый гнойный пиелонефрит, проявляется:

- 1) острой задержкой мочи
- 2) гипотермией
- 3) артериальной гипертензией
- 4) выраженной интоксикацией

1. Стул при холере:

- 1) водянистый, с примесью зелени
- 2) водянистый, вида «рисового отвара»
- 3) скудный, с примесью слизи и прожилками крови
- 4) обычного характера

2. К начальным лечебным мероприятиям при холере на догоспитальном этапе относится:

- 1) регидратация
- 2) промывание желудка
- 3) введение антибиотиков
- 4) введение глюкокортикоидных препаратов

3. Для внутривенной регидратации при тяжелой форме холеры, сопровождающейся артериальной гипотензией, применяются большие объемы:

- 1) полиионных кристаллоидных растворов
- 2) 5% раствора глюкозы
- 3) полиглюкина
- 4) 0,9% раствора натрия хлорида

4. При бубонной форме чумы в отличие от туляремии:

- 1) кожа над бубоном не изменена
- 2) бубон имеет четкие контуры
- 3) бубон резко болезненный
- 4) бубон не нагнаивается

5. При подозрении на контакт с больным чумой обработка ротоглотки, носовой полости и глаз в рамках экстренной индивидуальной профилактики медработника проводится:

- 1) холодной водой
- 2) стрептомицином
- 3) марганцовокислым калием
- 4) новокаином

6. Обработка ротоглотки, носовой полости и глаз марганцовокислым калием проводится в рамках экстренной индивидуальной профилактики медработника при подозрении на контакт с больным:

- 1) чумой
- 2) холерой
- 3) туляремией
- 4) контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками

7. Сыпь при менингококкцемии:

- 1) характеризуется этапностью высыпания (лицо, туловище, конечности)
- 2) носит геморрагический характер
- 3) имеет правильную округлую форму и возвышается над поверхностью кожи
- 4) сопровождается зудом

8. Быстро прогрессирующая артериальная гипотензия на фоне менингококковой инфекции наиболее характерна для развития:

- 1) инфекционно-токсического шока
- 2) острого миокардита
- 3) желудочно-кишечного кровотечения
- 4) инфекционного гиповолемического шока

9. Этапность высыпания характерна для:

- 1) кори
- 2) менингококкцемии
- 3) скарлатины
- 4) ветряной оспы

10. Полиморфная сыпь характерна для:

- 1) кори
- 2) краснухи
- 3) скарлатины
- 4) ветряной оспы

11. Для скарлатины характерна сыпь:

- 1) геморрагическая звездчатая
- 2) крупнопятнистая
- 3) пятнисто-папулезная
- 4) обильная мелкоточечная

12. Для кори характерна сыпь:

- 1) геморрагическая звездчатая
- 2) пятнистая
- 3) пятнисто-папулезная со склонностью к слиянию
- 4) обильная мелкоточечная

13. Отличием локализованной формы дифтерии зева от распространенной и токсической является:

- 1) наличие «налетов» только на миндалинах
- 2) выраженные признаки общей интоксикации
- 3) боль при глотании
- 4) отек подкожно-жировой клетчатки шеи

14. Отличием токсической формы дифтерии зева от распространенной формы дифтерии зева является:

- 1) распространение «налетов» за пределы миндалин
- 2) выраженные признаки общей интоксикации
- 3) боль при глотании
- 4) отек подкожно-жировой клетчатки шеи

15. Наиболее прогностически неблагоприятным ЭКГ - признаком при дифтерийном миокардите является:

- 1) синусовая тахикардия
- 2) депрессия сегмента ST
- 3) полная атриовентрикулярная блокада
- 4) удлинение интервала PQ

16. Боль при дизентерии локализуется преимущественно:

- 1) по ходу толстого кишечника слева
- 2) по ходу толстого кишечника справа
- 3) в эпигастральной области
- 4) в околопупочной области

1. Понятие «экспозиция» при острых отравлениях - это время от:

- 1) приема яда до выздоровления
- 2) приема яда до поступления в стационар
- 3) приема яда до начала лечебных мероприятий
- 4) начала лечебных мероприятий до поступления в стационар

2. При остром отравлении неизвестным ядом на догоспитальном этапе:

- 1) внутримышечно вводится унитиол
- 2) внутривенно вводится атропин
- 3) внутривенно вводится налоксон
- 4) универсальный антидот не существует

3. Зондовое промывание желудка при острых отравлениях на догоспитальном этапе:

- 1) показано в любых клинических ситуациях
- 2) противопоказано в коме при невозможности интубации трахеи
- 3) противопоказано при химическом ожоге пищевода и желудка
- 4) не показано при неустановленном пути поступления яда

4. Эффективное промывание желудка взрослому при остром отравлении на догоспитальном этапе требует суммарного введения воды в объеме:

- 1) 2-5 л
- 2) 6-9 л
- 3) 10-15 л
- 4) 16-20 л

5. Для промывания желудка через зонд при остром отравлении у взрослого одномоментно вводится вода в объеме:

- 1) 200 мл
- 2) 400 мл
- 3) 800 мл
- 4) 1600 мл

6. При отравлении бензодиазепинами в качестве антидота применяется:

- 1) налоксон
- 2) анексат
- 3) атропин
- 4) прозерин

7. Депрессия дыхательного центра ствола головного мозга развивается при отравлении:

- 1) героином
- 2) дихлорэтаном
- 3) фосфорорганическими веществами
- 4) кокаином

8. При отравлении опиатами, сопровождающемся комой и депрессией дыхания, первоочередным лечебным мероприятием на догоспитальном этапе является:

- 1) промывание желудка через зонд
- 2) восстановление проходимости дыхательных путей и начало искусственной вентиляции легких
- 3) внутривенное введение налоксона
- 4) внутривенное введение кордиамина

9. Нарушение сознания, мидриаз, гиперемия кожных покровов, признаки внутрижелудочковой блокады на ЭКГ характерны для отравления:

- 1) опиатами
- 2) фосфорорганическими веществами
- 3) амитриптилином
- 4) клофелином

10. При отравлении атропином, беленой и другими антихолинэргическими веществами в качестве антидота на догоспитальном этапе применяется:

- 1) налоксон
- 2) прозерин
- 3) унитиол
- 4) метиленовый синий

11. Первоочередным мероприятием при отравлении метанолом на догоспитальном этапе является:

- 1) промывание желудка
- 2) внутривенное введение гидрокарбоната натрия
- 3) внутримышечное введение унитиола
- 4) введение этилового спирта внутрь

12. В качестве антидота при отравлении метиловым спиртом применяется:

- 1) унитиол
- 2) налоксон
- 3) прозерин
- 4) этанол

13. При отравлениях метиловым спиртом каждые 3 часа внутрь вводится этанол в дозе:

- 1) 20 мл 5% раствора
- 2) 50 мл 30% раствора
- 3) 200 мл 30% раствора
- 4) 50 мл 70% раствора

14. В качестве антидота при отравлении этиленгликолем применяется:

- 1) унитиол
- 2) налоксон
- 3) прозерин
- 4) этанол

15. Отравление дихлорэтаном проявляется следующим симптомокомплексом:

- 1) нарушение сознания, ожог пищеварительного тракта, артериальная гипотензия, моча вишневого цвета
- 2) нарушение сознания, повторная рвота, жидкий стул, иктеричность кожи и склер, артериальная гипотензия
- 3) нарушение сознания, миоз, бронхорея, гипергидроз, саливации, миофибрилляции
- 4) нарушение сознания, миоз, брадикардия, вплоть до остановки дыхания

16. Введение вазелинового масла в желудочный зонд после промывания желудка показано при отравлении:

- 1) опиатами
- 2) крепкими кислотами или щелочами
- 3) клофелином
- 4) дихлорэтаном

17. Химический ожог ротоглотки, пищевода и желудка соответствует ожогу:

- 1) 10% поверхности тела

- 2) 20% поверхности тела
- 3) 30% поверхности тела
- 4) 40% поверхности тела

18. Болевой синдром характерен для отравления:

- 1) кислотами и щелочами
- 2) амитриптилином
- 3) опиатами
- 4) барбитуратами

19. Введение желудочного зонда на догоспитальном этапе при отравлении ядами прижигающего действия:

- 1) противопоказано в любом случае
- 2) противопоказано в течение первых 2 часов после отравления
- 3) показано после введения анальгетиков и спазмолитиков
- 4) показано только у больных в коме

20. Для промывания желудка через зонд при отравлении кислотами на догоспитальном этапе применяется:

- 1) вазелиновое масло
- 2) раствор бикарбоната натрия
- 3) холодная вода
- 4) слабый раствор перманганата калия

21. Стимуляция рвоты противопоказана при отравлении:

- 1) барбитуратами
- 2) героином
- 3) уксусной эссенцией
- 4) метиловым спиртом

22. Паралич дыхательной мускулатуры развивается при отравлении:

- 1) героином
- 2) дихлорэтаном
- 3) фосфорорганическими веществами
- 4) кокаином

23. В качестве антидота при отравлении фосфорорганическими веществами на догоспитальном этапе применяется:

- 1) прозерин
- 2) налоксон
- 3) атропин
- 4) унитиол

24. В качестве антидота при отравлении угарным газом на догоспитальном этапе применяется:

- 1) налоксон
- 2) атропин
- 3) ацизол
- 4) прозерин

25. «Обручеобразная» головная боль, нарушения сознания, инспираторная одышка, рвота, вишневая окраска слизистых оболочек и кожных покровов характерны для ингаляционного отравления:

- 1) хлором

- 2) угарным газом
- 3) аммиаком
- 4) сероводородом

26. Обязательным лечебным мероприятием при отравлении угарным газом на догоспитальном этапе является:

- 1) промывание желудка
- 2) оксигенотерапия 100% кислородом
- 3) внутривенное введение налоксона
- 4) внутримышечное введение унитиола

27. Развитие токсического отека легких после периода «мнимого» выздоровления характерно для отравления:

- 1) хлором
- 2) угарным газом
- 3) аммиаком
- 4) сероводородом

28. Ингаляция кислорода на догоспитальном этапе противопоказана при отравлении:

- 1) хлором
- 2) угарным газом
- 3) аммиаком
- 4) сероводородом

29. В качестве антидота при отравлении метгемоглобинообразующими ядами применяется:

- 1) унитиол
- 2) метиленовый синий
- 3) прозерин
- 4) этанол

30. В качестве антидота при отравлении мышьяком и соединениями тяжелых металлов применяется:

- 1) унитиол
- 2) метиленовый синий
- 3) прозерин
- 4) налоксон

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, УХА, ГОРЛА И НОСА

1. Характерным признаком острого стеноза гортани любого генеза является:

- 1) наличие повышенной температуры тела
- 2) одышка стридорозного характера
- 3) затруднение глотания
- 4) развитие отека лица и шеи

2. Догоспитальной тактикой при околочелюстной флегмоне является:

- 1) назначение антибиотиков, рекомендации обращения в поликлинику
- 2) парентеральное введение первой дозы антибиотика, передать «актив» в поликлинику
- 3) парентеральное введение первой дозы антибиотика, повторный осмотр через 2 часа
- 4) госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии

3. Рациональной тактикой при прогрессирующем выраженном затруднении дыхания, развивающемся на фоне флегмоны дна полости рта, на догоспитальном этапе является:

- 1) срочная госпитализация в реанимационное отделение без дополнительных лечебных мероприятий
- 2) ингаляция кислорода через лицевую маску, срочная госпитализация в реанимационное отделение
- 3) применение ларингеальной трубки, госпитализация в реанимационное отделение
- 4) выполнение коникотомии, госпитализация в реанимационное отделение

4. При наличии инородного тела, расположенного в дыхательных путях ниже голосовых связок, с сохранением спонтанного дыхания и без прогрессирующей асфиксии фельдшер скорой медицинской помощи должен:

- 1) экстренно госпитализировать пострадавшего в стационар на фоне проведения оксигенотерапии без попыток удаления инородного тела
- 2) выполнить прием Геймлиха перед транспортировкой
- 3) произвести коникотомию перед транспортировкой
- 4) вызвать «на себя» специализированную бригаду

5. Характерным признаком острого мастоидита, отличающим его от острого отита, является:

- 1) отсутствие внешних изменений кожи заушной области
- 2) боль в ухе «стреляющего» характера
- 3) болезненность при надавливании на козелок ушной раковины
- 4) болезненность при надавливании на сосцевидный отросток

6. Характерным признаком повреждения барабанной перепонки является:

- 1) кровотечение из уха
- 2) головокружение
- 3) тошнота, рвота
- 4) потеря сознания

7. В объем догоспитальной терапии при кровотечении из уха входит:

- 1) тампонада слухового прохода сухой стерильной марлевой турундой
- 2) удаление сгустков крови из наружного слухового прохода, наложение асептической повязки
- 3) закапывание в ухо спиртового раствора борной кислоты, наложение асептической повязки
- 4) закапывание в ухо раствора аминокапроновой кислоты, наложение асептической повязки

8. Рациональная тактика при наличии инородного тела в наружном слуховом проходе на догоспитальном этапе включает:

- 1) удаление инородного тела пинцетом
- 2) промывание слухового прохода холодной водой с помощью шприца Жане
- 3) промывание слухового прохода теплой водой с помощью шприца Жане
- 4) госпитализацию в оториноларингологическое отделение

9. Рациональной тактикой фельдшера скорой медицинской помощи при наличии инородного тела в полости носа является:

- 1) вызов «на себя» специализированной бригады
- 2) попытка удаления инородного тела с помощью тупого крючка, в случае неудачи - госпитализация
- 3) попытка удаления инородного тела путем высмаркивания, в случае неудачи - госпитализация
- 4) попытка протолкнуть инородное тело в носоглотку, в случае неудачи - госпитализация

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ГЛАЗ

1. При остром приступе глаукомы фельдшер скорой медицинской помощи должен:

- 1) незамедлительно транспортировать больного в офтальмологический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 2) закапать в глаз раствор пилокарпина, ввести анальгетики и мочегонные препараты, срочно госпитализировать больного в офтальмологический стационар
- 3) закапать в глаз раствор атропина, ввести анальгетики и мочегонные препараты, срочно госпитализировать больного в офтальмологический стационар
- 4) закапать в глаз раствор пилокарпина, ввести анальгетики и мочегонные препараты, вызвать «на себя» врачебную бригаду

2. При остром приступе глаукомы зрачок пораженного глаза:

- 1) обычных размеров и формы
- 2) расширен в виде вертикального овала
- 3) сужен
- 4) имеет неправильную форму

3. При остром приступе глаукомы внутриглазное давление:

- 1) не изменено в обоих глазах
- 2) понижено на стороне поражения
- 3) резко повышено на стороне поражения
- 4) резко повышено в обоих глазах

НЕОТЛОЖНАЯ АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

1. Для первого периода родов (период раскрытия) характерно:

- 1) появление регулярных схваток
- 2) появление потуг
- 3) прорезывание головки плода
- 4) рождение плаценты

2. Рациональная догоспитальная тактика при нарушенной внематочной беременности включает:

- 1) экстренную госпитализацию в гинекологическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- 2) экстренную госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне поддерживающей инфузионной терапии
- 3) обезболивание, госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне поддерживающей инфузионной терапии
- 4) введение сокращающих матку средств (окситоцин), госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне поддерживающей инфузионной терапии

3. При потугах в отличие от схваток:

- 1) уменьшается интенсивность боли
- 2) происходит изолированное сокращение гладкой мускулатуры матки
- 3) присоединяется сокращение поперечно-полосатой мускулатуры тела
- 4) отсутствует напряжение мышц брюшного пресса

4. Рациональная догоспитальная тактика при начавшемся аборте включает:

- 1) рекомендацию соблюдения постельного режима, «актив» в женскую консультацию
- 2) введение сокращающих матку средств (окситоцин), повторный осмотр через 2 часа
- 3) госпитализацию в гинекологическое отделение стационара

4) введение сокращающих матку средств (окситоцин), госпитализацию в гинекологическое отделение стационара

5. При появлении у роженицы потуг во время осмотра фельдшер скорой медицинской помощи должен:

- 1) немедленно транспортировать роженицу в ближайшее лечебное учреждение
- 2) немедленно транспортировать роженицу в акушерский стационар
- 3) рекомендовать ей обратиться в акушерский стационар
- 4) проводить акушерское пособие на месте

6. При появлении у роженицы потуг во время транспортировки в акушерский стационар фельдшер скорой медицинской помощи должен:

- 1) немедленно транспортировать роженицу в ближайшее лечебное учреждение
- 2) продолжить транспортировку роженицы в акушерский стационар
- 3) попытаться медикаментозно замедлить родовую деятельность и вызвать «на себя» акушерскую бригаду
- 4) проводить акушерское пособие в салоне остановившегося санитарного транспорта

7. При подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты фельдшер скорой медицинской помощи должен:

- 1) рекомендовать беременной обратиться в женскую консультацию
- 2) вызвать «на себя» акушерскую бригаду
- 3) немедленно транспортировать роженицу в ближайшее лечебное учреждение
- 4) незамедлительно доставить беременную в ближайший акушерский стационар

8. Характерным признаком преэклампсии у беременной с гестозом тяжелой степени является:

- 1) увеличение массы тела на 1 кг в течение 2 недель
- 2) повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст.
- 3) появление боли в эпигастральной области
- 4) отечность нижних конечностей

9. Рациональным объемом лечебных мероприятий на догоспитальном этапе у беременных с гестозом тяжелой степени является:

- 1) внутривенное введение реланиума и магния сульфата, оксигенотерапия, госпитализация в акушерский стационар в положении лежа на носилках
- 2) масочный наркоз закисью азота с кислородом, госпитализация в акушерский стационар в положении лежа на носилках
- 3) незамедлительная транспортировка в акушерский стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) масочный наркоз закисью азота с кислородом, вызов «на себя» акушерской бригады

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИИ

1. У новорожденного нормальной является частота дыхания:

- 1) 16 в минуту
- 2) 26 в минуту
- 3) 50 в минуту
- 4) 72 в минуту

2. У новорожденного нормальной является частота сердечных сокращений:

- 1) 70 в минуту
- 2) 112 в минуту
- 3) 138 в минуту

4) 170 в минуту

3. У 3-х месячного ребенка нормальной является частота дыхания:

- 1) 16 в минуту
- 2) 26 в минуту
- 3) 38 в минуту
- 4) 56 в минуту

4. У 3-х месячного ребенка нормальной является частота сердечных сокращений:

- 1) 72 в минуту
- 2) 114 в минуту
- 3) 128 в минуту
- 4) 144 в минуту

5. У ребенка возрастом 6 месяцев нормальной является частота дыхания:

- 1) 16 в минуту
- 2) 26 в минуту
- 3) 34 в минуту
- 4) 42 в минуту

6. У ребенка возрастом 6 месяцев нормальной является частота сердечных сокращений:

- 1) 86 в минуту
- 2) 110 в минуту
- 3) 124 в минуту
- 4) 136 в минуту

7. У ребенка возрастом 1 год нормальной является частота дыхания:

- 1) 16 в минуту
- 2) 24 в минуту
- 3) 30 в минуту
- 4) 36 в минуту

8. У ребенка возрастом 1 год нормальной является частота сердечных сокращений:

- 1) 76 в минуту
- 2) 108 в минуту
- 3) 120 в минуту
- 4) 132 в минуту

9. У ребенка возрастом 2 года нормальной является частота дыхания:

- 1) 16 в минуту
- 2) 20 в минуту
- 3) 28 в минуту
- 4) 36 в минуту

10. У ребенка возрастом 2 года нормальной является частота сердечных сокращений:

- 1) 78 в минуту
- 2) 112 в минуту
- 3) 118 в минуту
- 4) 126 в минуту

11. У ребенка возрастом 4 года нормальной является частота дыхания:

- 1) 16 в минуту
- 2) 26 в минуту
- 3) 30 в минуту

4) 36 в минуту

12. У ребенка возрастом 4 года нормальной является частота сердечных сокращений:

- 1) 76 в минуту
- 2) 92 в минуту
- 3) 104 в минуту
- 4) 118 в минуту

13. У ребенка возрастом 6 лет нормальной является частота дыхания:

- 1) 14 в минуту
- 2) 20 в минуту
- 3) 24 в минуту
- 4) 30 в минуту

14. У ребенка возрастом 6 лет нормальной является частота сердечных сокращений:

- 1) 66 в минуту
- 2) 80 в минуту
- 3) 94 в минуту
- 4) 116 в минуту

15. У ребенка возрастом 8 лет нормальной является частота дыхания:

- 1) 14 в минуту
- 2) 18 в минуту
- 3) 22 в минуту
- 4) 28 в минуту

16. У ребенка возрастом 8 лет нормальной является частота сердечных сокращений:

- 1) 66 в минуту
- 2) 76 в минуту
- 3) 82 в минуту
- 4) 110 в минуту

17. Измерение артериального давления у детей тонометром с использованием манжетки взрослого размера:

- 1) не влияет на правильность измерения
- 2) завышает реальный уровень систолического артериального давления
- 3) занижает реальный уровень систолического артериального давления
- 4) завышает реальный уровень диастолического артериального давления

18. У ребенка возрастом 1 год нормальным является артериальное давление:

- 1) 70/40 мм рт. ст.
- 2) 90/60 мм рт. ст.
- 3) 120/80 мм рт. ст.
- 4) 140/90 мм рт. ст.

19. У ребенка возрастом 5 лет нормальным является артериальное давление:

- 1) 70/40 мм рт. ст.
- 2) 100/65 мм рт. ст.
- 3) 125/45 мм рт. ст.
- 4) 140/80 мм рт. ст.

20. Разовая доза раствора адреналина у детей при внутривенном введении составляет:

- 1) 0,01 мг/кг веса
- 2) 0,05 мг/кг веса

- 3) 0,1 мг/кг веса
- 4) 0,2 мг/кг веса

21. Разовая доза раствора атропина у детей при внутривенном введении составляет:

- 1) 0,01 мг/кг веса
- 2) 0,02 мг/кг веса
- 3) 0,05 мг/кг веса
- 4) 0,1 мг/кг веса

22. Разовая доза раствора преднизолона у детей при внутривенном введении составляет:

- 1) 0,1-0,3 мг/кг веса
- 2) 0,5-0,7 мг/кг веса
- 3) 3-5 мг/кг веса
- 4) 8 мг/кг веса

23. Разовая доза раствора дексаметазона у детей при внутривенном введении составляет:

- 1) 0,01-0,05 мг/кг веса
- 2) 0,06-0,1 мг/кг веса
- 3) 0,5-0,6 мг/кг веса
- 4) 1,5-2 мг/кг веса

24. Разовая доза 2,4% раствора эуфиллина у детей при внутривенном введении составляет:

- 1) 0,5-1 мг/кг веса
- 2) 2-2,5 мг/кг веса
- 3) 4-5 мг/кг веса
- 4) 8-12 мг/кг веса

25. Разовая доза 2% раствора супрастина у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:

- 1) 0,01 мл/год жизни
- 2) 0,05 мл/год жизни
- 3) 0,1 мл/год жизни
- 4) 0,5 мл/год жизни

26. Разовая доза раствора диазепама (седуксена, реланнума) у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:

- 1) 0,01 мг/кг веса
- 2) 0,05-0,1 мг/кг веса
- 3) 0,3-0,5 мг/кг веса
- 4) 0,8-1 мг/кг веса

27. Разовая доза 1% раствора промедола у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:

- 1) 0,01 мл/кг веса
- 2) 0,05 мл/кг веса
- 3) 0,1 мл/кг веса
- 4) 0,5 мл/кг веса

28. Разовая доза 50% раствора анальгина у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:

- 1) 0,05 мл/год жизни
- 2) 0,1 мл/год жизни

- 3) 0,2 мл/год жизни
- 4) 0,5 мл/год жизни

29. Разовый объем жидкости для промывания желудка через зонд у новорожденного 1 недели жизни составляет:

- 1) 5 мл/кг веса
- 2) 10 мл/кг веса
- 3) 20 мл/кг веса
- 4) 40 мл/кг веса

30. Разовый объем жидкости для промывания желудка через зонд у ребенка 1 месяца составляет:

- 1) 10 мл/кг веса
- 2) 20 мл/кг веса
- 3) 40 мл/кг веса
- 4) 50 мл/кг веса

31. Рациональная тактика фельдшера скорой медицинской помощи при возникновении судорог у ребенка включает:

- 1) незамедлительную госпитализацию без дополнительных лечебных мероприятий
- 2) введение противосудорожных препаратов, при купировании судорог - «актив» в поликлинику
- 3) введение противосудорожных препаратов, обеспечение респираторной поддержки, вызов «на себя» специализированной бригады скорой медицинской помощи
- 4) введение противосудорожных препаратов, обеспечение респираторной поддержки, госпитализацию в стационар

32. При судорожном синдроме у детей со спазмофилией показано введение:

- 1) прозерина
- 2) кальция глюконата
- 3) лидокаина
- 4) анальгина

33. Жаропонижающие препараты у детей с лихорадкой свыше 38°С показаны на догоспитальном этапе:

- 1) всегда
- 2) только при признаках «бледной лихорадки»
- 3) только при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
- 4) только при сопутствующих заболеваниях сердца

34. При лихорадке свыше 39°С у детей противопоказано применение:

- 1) анальгина
- 2) ацетилсалициловой кислоты
- 3) ибупрофена
- 4) парацетамола

35. Физические методы охлаждения при лихорадке у детей на догоспитальном этапе противопоказаны:

- 1) всегда
- 2) при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
- 3) при признаках «бледной лихорадки»
- 4) при сопутствующих заболеваниях сердца

36. Внезапное появление ночью у ребенка 2-х лет лающего кашля, охриплости голоса и стридорозного дыхания характерно для развития:

- 1) острого бронхита
- 2) приступа бронхиальной астмы
- 3) острого стенозирующего ларинготрахеита
- 4) острого тонзиллита

37. Диаметр внутреннего просвета коникотомической канюли у ребенка до 10 лет должен быть равен:

- 1) 1 мм
- 2) 2 мм
- 3) 4 мм
- 4) 6 мм

38. В отличие от острого стенозирующего ларинготрахеита при бронхообструктивных заболеваниях у детей выявляется:

- 1) цианоз кожных покровов и слизистых
- 2) осиплость голоса
- 3) экспираторная одышка
- 4) отсутствие хрипов в легких при аускультации

39. При бронхообструктивных заболеваниях у детей на догоспитальном этапе противопоказано:

- 1) проведение паровых ингаляций
- 2) введение беродуала через небулайзер
- 3) введение глюкокортикоидных препаратов через небулайзер или внутривенно
- 4) внутривенное введение эуфиллина

40. Ребенок 2-х лет внезапно закашлялся, посинел, кашель продолжался около 10 минут и больше не возобновлялся. На следующий день кашель появился вновь, при аускультации в легких большое количество сухих хрипов, преимущественно справа.

Предварительный диагноз:

- 1) стеноз гортани
- 2) инородное тело бронхов
- 3) обструктивный бронхит
- 4) острая пневмония