

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов.

Выделите основные приказы МЗ РФ, регламентирующие анестезиолого-реанимационную службу в России

- а № 501 от 27.07.1970г
- б № 919н от 15.11.2012 г
- в № 841 от 11 .06.1986г
- г №1188 от 29.1 1975г

Врачебная этика и деонтология в медицине обязывает:

- а обеспечивать психо-эмоциональный комфорт при лечении больного
- б создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
- в установить доверительные отношения с больным
- г установить доверительные отношения с родственниками больного
- д сохранять врачебную тайну в отношении больного

Назовите принципы оказания неотложной помощи на месте происшествия и транспортировке пострадавшего:

- а остановка кровотечения, восполнение ОЦК
- б обеспечение проходимости дыхательных путей, респираторная поддержка
- в иммобилизация области переломов, наложение шин, перевязка ран.
- г обезболивание ингаляционными и неингаляционными средствами
- д медикаментозная симптоматическая терапия

Принципы организации анестезиолого-реанимационной помощи в стационаре:

- а проведение консультативно-диагностических мероприятий по оценке тяжести состояния пострадавшего и определение стратегии специализированной медицинской помощи

- б проведение неотложных лечебных и анестезиолого-реанимационных мероприятий, направленных на восстановление утраченных или нарушенных жизненно-важных функций
- в Установление аппаратно-диагностического мониторинга для объективного контроля функции основных жизненных систем: дыхания, кровообращения, мочевыделения, ЖКТ, функции ЦНС
- г Определение дальнейшей тактики ведения пациента, организация ухода и проведения комплексной интенсивной терапии.

Отделение (группа) анестезиологии-реанимации организуется в:

- а областных (краевых, республиканских) больницах
- б городских (центральных городских) больницах
- в центральных районных больницах
- г детских городских больницах
- д составе других лечебно-профилактических учреждений в зависимости от потребности

Палаты реанимации и интенсивной терапии организуются в городских больницах:

- а при наличии в больнице не менее 500 коек и 70 коек хирургического профиля
- б при наличии не менее 800 коек для взрослых
- в в городах с населением более 500 000 человек
- г в любой больнице города независимо от ее мощности
- д при наличии не менее 300 коек без учета их профиля

В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии и реанимации его персонал:

- а определяет оптимальный метод и проводит общую анестезию
- б определяет оптимальный метод и проводит регионарную анестезию

- в осуществляет медикаментозную предоперационную подготовку
- г проводит мониторинг жизненно важных функции во время операций
- д проводит мониторинг и лечение нарушений жизненно важных функций после операции до их стабилизации

Врач анестезиолог-реаниматолог обязан назначить вид обезболивания с учетом основных факторов риска:

- а особенностей оперативного вмешательства или специального метода исследования
- б материально-технических возможностей лечебного учреждения
- в общего состояния больного
- г своих знаний и профессиональных навыков
- д желания и согласия больного

При интубации трахеи трубкой Карленса ее дистальный конец должен находиться:

- а в правом бронхе
- б в левом главном бронхе
- в над входом в левый бронх
- г и на бифуркации трахеи
- д над входом в правый главный бронх

Длина трахеи у взрослого человека составляет:

- а 5-8 см
- б 11,5 см
- в 15-17 см
- г 11-13 см

Если интубационную трубку ввели на глубину 28 см, то ее дистальный конец предположительно будет расположен:

- а в трахее
- б на бифуркации трахеи
- в в левом главном бронхе
- г в правом главном бронхе

Какое из утверждений неправильно?

- а слизистая трахеи и бронхов выстлана плоским эпителием

- б стенка альвеолы выстлана мерцательным эпителием
- в поверхностное натяжение стенки альвеолы зависит от макрофагов
- г в стенке трахеи и бронхов имеются хрящевые полукольца

На раздражение блуждающего нерва гладкая мускулатура бронхов реагирует:

- а бронхоконстрикцией
- б бронходилатацией
- в вначале констрикцией, а затем дилатацией
- г вначале дилатацией, а затем констрикцией

Наружная яремная вена:

- а выходит из области головы позади челюстной ямки
- б проходит по наружной поверхности грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- в впадает в подключичную вену
- г в нее впадают затылочная и задняя ушная вены
- д все ответы правильны

Бедренная артерия:

- а лежит снаружи от бедренной вены
- б проходит в бедренном треугольнике
- в является продолжением наружной подвздошной артерии
- г переходит на переднюю поверхность голени

От блуждающего нерва отходят ветви

- а к легочному сплетению
- б к узловому ганглию
- в к возвратному нерву
- г к ножкам диафрагмы

При блокаде плечевого сплетения надключичным доступом возможны осложнения:

- а пневмоторакс
- б паралич диафрагмы на стороне блокады
- в синдром Горнера
- г неврит плечевого нерва

Какие симптомы, возникающие при блокаде звездчатого ганглия, относятся к синдрому Горнера?

- а птоз
- б экзофтальм
- в миоз
- г слезотечение
- д повышение температуры

Осложнениями при пункции левой подключичной вены могут быть:

- а воздушная эмболия
- б гемоторакс и пневмоторакс
- в пункция подключичной артерии
- г пункция грудного лимфатического протока
- д кровотечение и гематома

Пункцию подключичной вены можно проводить из точек:

- а на 1 см ниже ключицы на границе внутренней и средней трети ключицы
- б на 1 см ниже ключицы по среднеключичной линии
- в на 2 см от края грудины и на 1 см ниже ключицы
- г в углу между ключицей и ключичной ножкой кивательной мышцы

К осложнениям при пункции и катетеризации внутренней яремной вены относятся:

- а нарушение функции IX-XII пар черепно-мозговых нервов
- б пневмоторакс
- в паралич голосовых связок
- г гемоторакс

Противопоказаниями к катетеризации подключичной вены являются:

- а синдром верхней полой вены
- б нарушения свертывающей системы крови
- в травма ключичной области
- г отсутствие практического навыка
- д воспалительные процессы на коже в области пункции

Количество кислорода, связывающее 1 г гемоглобина составляет:

- а 0,53 см³
- б 3,31 см³
- в 1,90 см³
- г 1,34 см³
- д 9,10 см³

Напряжение O₂ в альвеолярном воздухе составляет:

- а 40- 46 мм рт ст
- б 50- 56 мм рт ст
- в 60- 66 мм рт ст
- г 100-106 мм рт ст
- д 140-180 мм рт ст

Сурфактант, выстилающий легочные альвеолы:

- а повышает поверхностное натяжение альвеолярной стенки
- б поддерживает упругость легких и предупреждает аттелектазирование
- в является одним из структурных слоев альвеолярной мембраны
- г высвобождается из протекающей через легочные капилляры крови

Углекислота

- а переносится кровью в связанном виде с карбаминowymi соединениями
- б 10-15 % переносится кровью в виде свободного растворения в плазме
- в диффундирует в тканях в 20 раз быстрее кислорода
- г переносится легче в оксигенированной крови

Соотношение вентиляция/кровоток увеличено при следующих состояниях:

- а перевязке легочной артерии
- б гипервентиляционного режиме ИВЛ
- в тромбэмболии легочной артерии
- г аттелектазе
- д пневмонии

Соотношение вентиляция/кровоток снижено при:

- а бронхиальной астме
- б аттелектазе

- в пневмонии
- г гипервентиляции
- д после введения кордиамина

Сильным воздействием на хеморецепторы каротидных зон, увеличивая дыхание, обладают:

- а недостаток O₂
- б избыток CO₂
- в снижение pH
- г накопление лактатов
- д избыток O₂

Гиперкапния при наркозе сопровождается признаками:

- а гиперпноэ, гипертензия
- б гиперемия и расширение сосудов склер
- в повышением мозгового кровотока
- г цианоз и расширение зрачков
- д холодные, влажные кожные покровы

Гипоксия сопровождается признаками:

- а психомоторное возбуждение, спутанное сознание
- б расширение зрачков
- в тахипноэ, тахикардия, цианоз
- г спазм мозговых сосудов
- д газовый ацидоз

Газовый алкалоз сопровождается признаками:

- а спазм периферических сосудов, сухость кожи
- б расширения сосудов мозга и коронарных сосудов
- в тонические судороги или тремор мышц
- г гипертензия
- д гиперкальцемиа

Концентрация калия в сыворотке:

- а увеличивается при ацидозе
- б уменьшается при ацидозе
- в уменьшается при алкалозе
- г увеличивается при алкалозе и уменьшается при ацидозе
- д не изменяется при ацидозе и алкалозе

Для дефицита магния характерны:

- а повышенная нервно-мышечная возбудимость
- б ларингоспазм
- в аритмия, стенокардия
- г сонливость
- д атония

Основными клиническими симптомами дефицита калия являются:

- а астенизация, мышечная слабость,
- б уплощения зубца Т и удлинения интервала Q-T и QRS
- в З парез кишечника, нарушение дыхания
- г тоническое состояние скелетных мышц
- д кишечная колика

Клиническими симптомами гиперкалиемии являются:

- а рвота, диаррея
- б аритмия, расширяется QRS комплекс, высокоамплитудный Т
- в остановки сердца в систоле
- г тетания

При избытке натрия наблюдаются следующие клинические симптомы:

- а жажда, гипертермия
- б судороги, сопор, кома
- в гиповолемия,
- г полиурия

Клиническими симптомами гипокальциемии являются:

- а гиперрефлексия,
- б с.Хвостека
- в клонус, тетания
- г снижение мышечного тонуса
- д анурия

Причинами дефицита калия могут быть:

- а полиурия, рвота
- б недостаточное поступление в организм
- в потери через кишечник
- г гемотрансфузия
- д синдром сдавления

Причинами метаболического ацидоза могут быть:

- а массивны трансфузии консервированной крови
- б повышенное поступления в кровь кетокислот
- в гипоксия,
- г рвота
- д полиурия

Для метаболического ацидоза характерно:

- а увеличения содержания H^+ ионов в клетках
- б увеличения содержания лактата
- в снижение рН
- г снижение содержания калия
- д дефицит оснований (BE)

Компенсация метаболического алкалоза происходит путем:

- а повышенного выведения гидрокарбоната натрия с мочой
- б снижения объема легочной вентиляции
- в блокады оксигемоглобина
- г тканевой гипоксии

Причинами метаболического алкалоза могут быть:

- а рвота, дефицит калия
- б отравление щелочами
- в гиперкоррекция гидрокарбонатом натрия,
- г задержка калия
- д диаррея

К изотонической дегидратации приводит:

- а потери жидкости из желудочно-кишечного тракта
- б обильное потение
- в полиурия
- г введение альбумина
- д введение гипертонического раствора NaCl

Клиническими симптомами изотонической дегидратации являются:

- а артериальная гипотензия, гиповолемический шок

- б олигурия
- в апатия, замедленные реакции
- г полиурия
- д адинамия

При гипотонической дегидратации наблюдается

- а падение АД,
- б тахикардия,
- в сопор
- г напряжение глазных яблок
- д полиурия

При гипертонической гипергидратации наблюдается@

- а жажда
- б отеки
- в повышение осмолярности плазмы
- г нервно-психические нарушения
- д анурия

Наиболее важными симптомами изотонической гипергидратации являются:

- а отеки тела
- б отек легких
- в нормальная осмолярность плазмы
- г гиперосмия
- д гидроторакс

Увеличение дефицита оснований наблюдается при:

- а гипоксии
- б гиповолемическом шоке
- в гипопроteinемии
- г при введении гидрокарбоната
- д гиповентиляции

Компенсация метаболического алкалоза может происходить за счет

- а ослабления дыхания и уменьшения МОД
- б обмена Cl^- и HCO_3^- между клеткой и плазмой
- в экскреции бикарбоната и щелочного фосфата
- г диарреи
- д реабсорбции воды

Компенсация метаболического ацидоза происходит за счет

- а реабсорбции бикарбоната
- б ацидурии
- в гипервентиляции
- г потоотделения
- д экскреции калия

Для внутривенного введения при дефиците калия чаще всего используют:

- а 1% раствор KCl
- б 7.5% раствор KCl
- в 3% -раствор KCl
- г 40 мл 7.5% KCl,раствор.в 0.5-1 л 10% глюкозы с добавлением инсулина
- д 10% раствор KCl

Альбумин обладает следующими положительными свойствами :

- а способствует привлечению и удержанию жидкости в сосудистом русле;
- б является универсальным средством транспорта многих ферментов, гормонов лекарственных веществ
- в повышает КОД плазмы
- г может передавать сывороточный гепатит
- д вызывает аллергическую реакцию

При лечении гиперосмолярной ацидотической или неацидотической комы при диабете следует применять:

- а гипотонические электролитные растворы
- б гипертонические электролитные растворы
- в изотонические электролитные растворы
- г растворы 5% глюкозы или 5% фруктозы
- д 8% раствор бикарбоната натрия

Тетания, возникает в связи с заболеванием:

- а паращитовидных желез
- б коры надпочечников
- в дыхательным алкалозом
- г щитовидной железы
- д тимуса

Венозный возврат крови повышается от

- а повышения объема циркулирующей крови
- б повышения тонуса вен и скелетных мышц
- в положения Тренделенбурга
- г повышения внутригрудного давления
- д пневмоперитониума

Объем крови у 70-летнего мужчины массы составляет:

- а 7-8% от массы тела
- б 45 мл/кг
- в 56 мл/кг
- г 80 мл/кг
- д 100 мл /кг

Стимуляция барорецепторов каротидного синуса

- а снижает симпатический тонус
- б увеличивает частоту сердечных сокращений
- в может вызвать остановку сердца
- г повышает артериальное давление
- д повышает секрецию предсердных натриуретических пептидов

Антидиуретический гормон

- а образуется в задней доле гипофиза
- б высвобождение тормозится при повышении осмоляльности плазмы
- в обеспечивает реабсорбцию H₂O в дистальном отделе канальца
- г высвобождение стимулируется при увеличении объема внеклеточной жидкости

Реабсорбция натрия в нефроне

- а 7/8 происходит в проксимальном извитом канальце
- б происходит только в обмен на экскрецию калия
- в происходит с участием альдостерона
- г является не главным объектом противоточной множительной системы
- д зависит от скорости гломерулярной фильтрации

Почки помогают компенсировать метаболический ацидоз с помощью:

- а секреции аммония
- б реабсорбции бикарбоната
- в экскреции кислого фосфата
- г полиурии
- д реабсорбции калия

Влияние 15 секундной пробы Вальсальва включает:

- а 1 повышение центрального венозного давления
- б снижение легочного объема крови
- в снижение систолического артериального давления
- г повышение пульсового давления
- д тахикардию

Периферические хеморецепторы:

- а более чувствительны к PaCO_2 , чем к PaO_2
- б расположены в легочной артерии
- в более чувствительны к гипоксии, чем таковые в продолговатом мозге
- г иннервируются только блуждающим нервом
- д не подавляются анестетиками

При ИВЛ, в два раза превышающей минутный объем в покое:

- а снижается содержание CO_2 в артериальной крови
- б происходит вазоконстрикция кожных сосудов
- в повышается рН артериальной крови
- г повышается сердечный выброс
- д повышается ионизированный кальций плазмы

Повышение мочеотделения происходит при:

- а деструкции задней доли гипофиза
- б гипогликемии
- в снижении секреции альдостерона
- г уменьшении системного артериального давления
- д понижении давления наполнения правого предсердия

Скорость гломерулярной фильтрации возрастает при:

- а повышении внутриклубочкового давления
- б увеличения коллоидно-осмотического давления плазмы
- в околопочечной блокады по А.В.Вишневскому
- г повышения интраабдоминального давления
- д под влиянием АДГ

Ответ на стресс включает:

- а задержку натрия
- б потерю калия
- в увеличение продукции антидиуретического гормона
- г понижение уровня кортизола плазмы
- д уменьшение образования гормона роста

Венозный приток крови к сердцу увеличивается при:

- а снижении среднего внутригрудного давления
- б изометрическом сокращении мышц конечностей
- в использовании противошоковых манжет
- г положении Фовлера
- д пневмоперитониуме

Переход жидкости из капилляров в интерстициальное пространство усиливается при:

- а повышении венозного давления
- б нарушении проницаемости стенки капилляров
- в снижении онкотического давления плазмы
- г при гиперинфузии коллоидов
- д повышении концентрации натрия в плазме

Гипоксемия стимулирует дыхание путем действия на:

- а каротидный тельца
- б рецепторы дуги аорты
- в хеморецепторы дыхательного центра продолговатого мозга
- г респираторные нейроны коры головного мозга

д хеморецепторы гипоталамуса

Кривая диссоциации оксигемоглобина:

- а смещается влево при продолжительном пребывании на большой высоте
- б смещается влево и вверх при респираторном алкалозе
- в смещается влево при гипотермии
- г смещается влево при ацидозе
- д смещается вправо при хранении крови

Альвеолярное мертвое пространство понижается при:

- а положении лежа
- б сильном кровотечении
- в напряженном пневмотораксе
- г управляемой гипотонии
- д острой легочной эмболии

Гипоталамус

- а участвует в терморегуляции организма
- б задние отделы гипоталамуса ответственны за мышечный термогенез
- в средние отделы гипоталамуса ответственны за вегетативные компоненты терморегуляции
- г не реагирует на действие цитокинов
- д не участвует в секреции эндогенных криогенов

Причинами послеоперационной олигурии являются:

- а увеличение секреции альдостерона
- б уменьшение ОЦК
- в стимуляция секреции АДГ
- г уменьшение секреции кортизола
- д высокая активность ренина плазмы

Случайная гипотермия (30гр.С) приводит к снижению:

- а уровня метаболизма
- б сахара крови
- в сдвигу кривой диссоциации оксигемоглобина влево
- г Q-T интервала

д гематокрита

Низкий уровень активности сывороточной холинэстеразы связан с

- а болезнями печени
- б застойной сердечной недостаточностью
- в третьим триместром беременности
- г альбуминурией
- д гемотрансфузией

Венозный возврат к правой половине сердца нарушается при:

- а искусственной гипервентиляции легких
- б высоком внутрилегочном давлении
- в вертикальном положении тела
- г положении Тренделенбурга

Перфузия коронарных артерий:

- а обратно пропорциональна диастолическому артериальному давлению
- б увеличивается во время вызванной нагрузкой тахикардии
- в уменьшается при умеренной гипоксемии
- г увеличивается при инфузии нитратов
- д возрастает под действием вазопрессина

Стимуляция барорецепторов каротидного синуса:

- а повышает передачу афферентного импульса в центральную нервную систему
- б увеличивает частоту сердечных сокращений
- в снижает симпатический тонус
- г повышает артериальное давление
- д повышает секрецию предсердных натрийуретических пептидов

Сурфактантный материал, выстилающий легочные альвеолы:

- а поддерживает податливость легких
- б содержит трипсин
- в вырабатывается пневмоцитами типа II

- г повышает поверхностное натяжение альвеолярной жидкости
- д высвобождается из протекающей через легочные капилляры крови

Физиологическое мертвое пространство увеличивается при

- а использовании слишком большой маски у детей
- б анестезии испаряемыми веществами
- в эмболии легочной артерии
- г положительном давлении в конце выдоха (PEEP)
- д тяжелой гиповолемии

У больных с анемией снижение кислородотранспортной функции компенсируется путем:

- а сдвигом кривой диссоциации HbO₂ влево
- б увеличением МОД
- в снижением потребности тканей в кислороде
- г увеличением сердечного выброса
- д увеличением A-a DO₂

На давление в верхней полой вене влияют:

- а деятельность правого желудочка
- б положение больного
- в инфузионная терапия
- г среднее давление в дыхательных путях

Реабсорбция натрия в нефроне:

- а является важным потребителем энергии в деятельности почек
- б больше в дистальном, чем в проксимальном извитом канальце
- в зависит от скорости гломерулярной фильтрации
- г происходит только в обмен на экскрецию калия
- д является главным объектом противоточной концентрирующей системы

Почки помогают компенсировать метаболический ацидоз с помощью :

- а экскреции свободных кислот
- б обмена иона водорода на ион натрия

- в экскреции бикарбоната
- г секретирует аммония
- д реабсорбции хлоридов

Юкстагломерулярный аппарат:

- а влияет на объем мочи
- б влияет на реабсорбцию натрия
- в секретирует ренин
- г секретирует альдостерон
- д поддерживает кислотно-основной баланс

Петля давления-объема может измерять:

- а податливость легких
- б сопротивление дыхательных путей
- в жизненную емкость легких
- г функциональную остаточную емкость легких
- д объем закрытия альвеол

Измерения сердечного выброса методом термодилуции надежны при:

- а пороках сердца
- б наличии фибрилляции предсердий
- в наличии AV-(узлового) ритма
- г использовании ПДКВ (PEEP)
- д использовании внутрисосудистого введения красителей

Расчет системного сосудистого сопротивления требует измерений:

- а среднего артериального давления
- б сердечного выброса
- в центрального венозного давления
- г давления заклинивания легочных капилляров
- д ударного объема

Вазодилатация периферических артериол происходит под влиянием:

- а аденозина
- б оксида азота
- в простаглицлина (эпопростенола)
- г тромбоксана A2
- д эндотелина

Периферические хеморецепторы:

- а расположены в легочной артерии
- б имеют высокий уровень метаболизма на грамм ткани

- в более чувствительны к P_{aCO_2} , чем к P_{aO_2}
- г более чувствительны к гипоксии, чем хеморецепторы в продолговатом мозге
- д иннервируются только блуждающим нервом

При искусственной вентиляции легких, в два раза превышающей минутный объем дыхания, в покое:

- а уменьшается содержание CO_2 в артериальной крови
- б происходит сужение кожных сосудов
- в повышается рН артериальной крови
- г снижается сердечный выброс
- д снижается содержание ионов кальция в плазме

Внутриплевральное давление

- а ниже атмосферного
- б зависит от давления в воздухоносных путях
- в изменяется в процессе дыхательного цикла
- г не одинаково во всех отделах плеврального пространства
- д увеличивается при глотании

Предсердный натрийуретический пептид

- а высвобождается в ответ на растяжение правого предсердия
- б синтезируется в сердце
- в увеличивает скорость гломерулярной фильтрации
- г является вазодилататором
- д способствует потерям жидкости

Повышение мочеотделения происходит при :

- а деструкции задней доли гипофиза
- б гипергликемии
- в повышении давления наполнения правого предсердия
- г уменьшении системного артериального давления
- д увеличении секреции альдостерона

Роль тромбоцитов в коагуляции включает:

- а прилипание к обнаженному коллагену
- б высвобождение вазоактивных аминов
- в образование простагландинэндопероксидазы
- г угнетение образования тромбоксана A₂
- д угнетение циклооксигеназы

Анатомическое мертвое пространство дыхательных путей:

- а равно примерно 2 мл/кг
- б в уравнении Бора для вычисления мертвого пространства требуется измерение смешанного выдыхаемого и альвеолярного CO₂
- в в уравнении Бора вдыхаемую CO₂ в клинической практике можно игнорировать
- г физиологическое мертвое пространство – это анатомическое минус альвеолярное мертвое пространство

Коронарное кровообращение

- а левая и правая коронарная артерия участвуют в кровоснабжении левого желудочка
- б коронарный синус впадает в правое предсердие
- в содержание кислорода в коронарном синусе самое низкое в организме
- г передняя нисходящая артерия является ветвью левой коронарной артерии
- д табезиевы вены опорожняются в левый желудочек

Функциональная остаточная емкость легких

- а увеличена при ПДКВ
- б стабильна при изменениях податливости легких
- в уменьшена у больных с острой дыхательной недостаточностью
- г увеличивается при интубации трахеи
- д не изменяется при внутривенной индукции тиопентал-натрием

Паратиреоидный гормон

- а его действие опосредуется через циклическую 3,5-АМФ
- б секретируется в ответ на низкий уровень ионизированного кальция сыворотки
- в секреция повышена при первичном гиперпаратиреозе
- г является стероидом
- д вырабатывается С-клетками

Назовите гормоны, участвующие в регуляции объема крови

- а ренин
- б антидиуретический гормон
- в преднизолон
- г альдостерон
- д предсердный натрийуретический пептид

Гиперкалиемия проявляется

- а стимуляцией бета-адренорецепторов
- б расширенным и деформированным QRS комплексом
- в секретирующими альдостерон опухольями
- г высоким заостренным зубцом Т узким основанием на ЭКГ
- д повышенными зубцами Р в грудных отведениях ЭКГ

Высокочастотная вентиляция

- а минутный объем вентиляции увеличивается вместе с частотой
- б увеличение времени вдоха увеличивает объем легких
- в выведение CO₂ улучшается при увеличении частоты
- г уменьшение рабочего давления вызывает снижение PaCO₂
- д она противопоказана больным с бронхоплевральным свищем

Вязкость крови повышается:

- а при увеличении концентрации белков в плазме
- б при снижении кровотока
- в при снижении температуры
- г при инфузии кристаллоидов

д при кровопотере

Назовите наиболее информативные методы диагностики венозного тромбоза

- а венография
- б ультразвуковая Доплерография
- в компьютерная томография
- г импедансная плетизмография
- д исследование коагулограммы

Показателями тканевой оксигенации являются

- а рН венозной крови
- б насыщение кислородом венозной крови
- в артериовенозная разница по кислороду
- г пульсоксиметрия
- д концентрацию лактата артериальной крови

Подача 100% кислорода при нормальном барометрическом давлении:

- а будет токсична в пределах более 6 ч
- б повысит артериальное содержание кислорода
- в увеличит артериовенозную разницу содержания кислорода
- г может вызывать ателектаз легких
- д корригирует гипоксию

При дыхании 100% кислородом

- а исчезают ателектазы легких
- б уменьшается вздутие кишечника
- в увеличивается мертвое пространство
- г уменьшаются в объеме полости, наполненные азотом
- д в хорошо вентилируемых сегментах легких развивается шунтирование

Введение обзидана (пропранолола) снижает

- а сердечный выброс
- б потребление миокардом кислорода
- в утилизацию глюкозы
- г сопротивление дыхательных путей
- д мозговой кровоток

Бензодиазепины

- а усиливают действие ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты)
- б снижают мозговой кровоток
- в уменьшают потребление кислорода мозгом
- г их седативное действие можно устранить флумазенилом
- д не подвергаются биотрансформации в печени

Проницаемость лекарственных средств через плаценту зависит от

- а растворимости в жирах
- б рН материнской крови
- в связывания с белками материнской плазмы
- г молекулярной массы
- д плацентарного кровотока

Закись азота при длительной экспозиции

- а инактивирует витамин В12
- б нарушает метаболизм метионина
- в нарушает метаболизм фолатов
- г ухудшает синтез дезоксирибонуклеиновой кислоты
- д вызывает мегалобластический гемопоэз

Минимальная альвеолярная концентрация (МАС) уменьшается при:

- а метаболическом ацидозе
- б гипоксии
- в искусственной гипотензии
- г введении клофелина
- д гипотермии

Недеполяризующая нейромышечная блокада усиливается при применении

- а гипотермии
- б неомицина
- в дантролена
- г дигоксина
- д аминофиллина

Аспирин

- а может вызвать железодефицитную анемию
- б может вызвать бронхоспазм
- в является антипиретиком
- г проходит через плаценту

- Д
в больших дозах вызывает шум в ушах
- Пропофол (диприван)
- а вызывает наркоз через 20-45 сек ,
обладает седативным эффектом
- б
угнетает дыхание и тормозит рефлексы
верхних дыхательных путей
- в
снижает СВ, ОПСС, АД, мозговой кровоток
- г
запускает злокачественную гипертермию
- д в основном выводится неизменным с
мочой
- Норадреналин
- а повышает систолическое давление
- б является агонистом альфа1-
адренорецепторов
- в
вызывает рефлекторную брадикардию
- г снижает диастолическое давление
- д
снижает среднее артериальное давление
- Инфузия нитроглицерина увеличивает
- а частоту сердечных сокращений
- б внутричерепное давление
- в печеночный кровоток
- г P_aCO_2
- д P_aO_2
- Дроперидол
- а
стимулирует экстрапирамидную систему
- б обладает альфа-адреноблокирующим
действием
- в является антагонистом дофамина
- г часто вызывает тошноту и рвоту
- д обладает бета-адреноблокирующим
действием
- Инсулин
- а вырабатывается в бета-клетках
поджелудочной железы
- б
увеличивает запас гликогена в мышцах
- в выделяется неизменным с мочой
- г повышает глюконеогенез

д увеличивает потребление глюкозы мозгом

Анестезия энфлураном снижает

- а дыхательный объем
- б функциональную остаточную емкость легких
- в гипоксическую легочную вазоконстрикцию
- г активность рефлексов барорецепторов
- д тонус скелетной мускулатуры

Анафилаксия на внутривенно вводимые анестетики

- а не всегда предупреждается антигистаминным препаратом
- б характеризуется глубокой гипотензией
- в случается чаще при повторном введении
- г может развиваться из-за растворителя препарата
- д не зависит от дозы препарата

Кетамин повышает

- а церебральный кровоток
- б артериальное давление
- в церебральное перфузионное давление
- г церебральную артериолярную реакцию на изменения в P_aCO_2
- д легочное сосудистое сопротивление

Повышение альвеолярной концентрации испаряемого анестетика происходит быстрее, когда:

- а вдыхаемая концентрация увеличивается
- б альвеолярная вентиляция увеличивается
- в при низкой растворимости анестетика в крови
- г сердечный выброс повышается
- д при высокой растворимости анестетика в крови

Натрия нитропруссид

- а является прямым вазодилататором

- б передозировка может вызвать метаболический ацидоз
- в может вызвать синусовую тахикардию
- г раствор не стоек на свету
- д при интоксикации эффективен цианкоболамин (витамин В12)

Бензодиазепины

- а вызывают седативный и амнестический эффект
- б уменьшают потребление кислорода мозгом
- в оказывают ГАМК- миметическое действие
- г вызывают зависимое от дозы снижение мозгового кровотока
- д подвергаются биотрансформации в печени

Внутричерепной объем крови увеличивается под влиянием

- а фторотана
- б сукцинилхолина
- в нитроглицерина
- г тиопентал-натрия
- д кетамина

Ацетазоламид (диакарб)

- а увеличивает гломерулярную фильтрацию
- б угнетает реабсорбцию воды в дистальных канальцах
- в угнетает активность карбоангидразы
- г увеличивает концентрацию бикарбоната в плазме
- д увеличивает объем плазмы

Энфлуран

- а является изомером изофлурана
- б слабее фторотана
- в более совместим с введением адреналина, чем фторотан
- г имеет точку кипения 56,5°C
- д угнетение дыхания более вероятно, чем при фторотане

Ацетилсалициловая кислота (аспирин)

- а вызывает раздражение слизистой желудка

- б угнетает синтез простагландинов
- в у детей передозировка может вызвать критическое ухудшение состояния
- г при передозировке может вызвать дыхательный алкалоз
- д угнетает действие многих ферментов

Фентанил

- а повышает давление цереброспинальной жидкости
- б уменьшает податливость грудной клетки
- в уменьшает маточный кровоток
- г увеличивает тонус сфинктера Одди
- д вызывает системную вазоконстрикцию

Налоксон

- а является агонистом опиоидных каппа-рецепторов
- б обладает антихолинергическим действием
- в угнетает преобразование ангиотензина I
- г является антагонистом опиоидных мю-рецепторов
- д устраняет дрожь во время пробуждения

Поверхностное натяжение в альвеолах

- а больше в мелких, чем в крупных альвеолах
- б возникает от сил трения между молекулами жидкости
- в повышается, если легочный объем снижается
- г вызывает градиент давления с обеих сторон альвеолярно-капиллярной мембраны
- д прямо соотносится с диаметром альвеолы

Реакция углекислоты с натронной известью включает

- а образование натрия карбоната
- б образование кальция карбоната
- в выделение тепла
- г выделение воды

д уплотнение (затвердевание) гранул

Закон Пуазейля устанавливает, что скорость потока жидкости меняется

- а с градиентом давления
- б с четвертой степенью радиуса трубки
- в обратно пропорционально вязкости жидкости
- г с числом Рейно
- д с плотностью жидкости

Факторы, ведущие к диффузионной гипоксии, после прекращения подачи закиси азота, включают:

- а концентрацию закиси азота в крови
- б вентиляцию окружающим воздухом
- в гиповентиляцию от наркотической депрессии дыхательного центра
- г длительность анестезии
- д возраст и пол пациента

Сукцинилхолин может вызывать:

- а гиперкалиемию
- б выброс гистамина
- в аритмию сердца
- г бронхоспазм
- д гипотензию

Атропин оказывает действие:

- а вызывает бронходилатацию, расширяет зрачки
- б увеличивает сопротивление дыханию
- в увеличивает анатомическое мертвое пространство
- г уменьшает анатомическое мертвое пространство
- д вызывает саливацию

Дроперидол вызывает :

- а снижение прессорного эффекта адреналина и норадреналина
- б улучшение перфузии тканей за счет расширения периф. сосудов
- в умеренную гипотензию
- г снижение кровотока в коже и мышцах
- д гипертермию

Ганглиолитики вызывают следующие гемодинамические эффекты:

- а артериальную и венозную гипотензию
- б уменьшение притока крови к сердцу
- в разгрузку малого круга кровообращения.
- г снижение клубочковой фильтрации
- д значительное повышение мозгового кровотока

Нитропрурид натрия:

- а повышает АД без увеличения органного кровотока
- б не оказывает прямого действия на сердце
- в повышает тонус коронарных сосудов
- г расширяет сосуды мозга
- д улучшает диссоциацию оксигемоглобина

Действие сердечных гликозидов проявляется:

- а усилением систолических сокращений сердца
- б стимуляцией К⁺ насоса и поступлением Са в клетку
- в удлинением диастолы
- г повышением возбудимости проводящей системы сердца
- д торможением диуреза

Фентанил:

- а опиоидный анагетик, угнетает дыхание
- б повышает тонус гладкой мускулатуры бронхов
- в повышает тонус сфинктера Одди
- г вызывает системную вазоконстрикцию
- д увеличивает податливость грудной клетки

Налоксон:

- а антагонист опиоидных анагетиков
- б вызывает дрожь, потливость, тошноту и рвоту
- в может вызвать гипотензию, тахикардию, аритмию

- г не обладает антихолинэргическим действием
- д угнетает преобразование ангиотензина-1

Атропин:

- а бронходилататор
- б суживает сосуды кожи
- в парасимпатический депрессант
- г угнетает дыхательный центр
- д снижает внутриглазное давление

Псевдохолинэстераза:

- а ответственна за инактивацию сукцинилхолина
- б возбуждается фосфоорганическими соединениями
- в концентрация в плазме снижена при беременности
- г стимулируется ионами фтора
- д найдена в эритроцитах

Что из перечисленного верно:

- а ощелачивание мочи предупреждает образование глыбков гематина
- б ощелачивание мочи снижает элиминацию аспирина
- в выведение ионов водорода почками зависит от активности угольной ангидразы
- г ацетазолamid может вызывать гиперкалиемию
- д намеренная гипервентиляция повышает экскрецию ионов водорода

Использование атенолола для лечения гипертензии

- а может усилить астму
- б часто вызывает постуральную гипотензию
- в противопоказан при слабости синусного узла
- г противопоказано у пациентов с высокими уровнями ренина в плазме
- д нужно остерегаться применять после недавнего инфаркта миокарда

Кетамин:

- а сильный анагетик, галюциноген
- б раствор нельзя смешивать с барбитуратами
- в стимулирует сердечно-сосудистую систему
- г вызывает мышечную релаксацию
- д подавляет высвобождение норадреналина

Клофелин:

- а это антагонист допамина
- б снижает внутриглазное давление ВГД
- в это агонист альфа-2 адрено-рецепторов
- г ослабляет анестезирующее действие фторотана вызывает тахикардию
- д ослабляет анестезирующее действие фторотана

Диприван (пропофол):

- а уменьшает рефлексы верхних дыхательных путей
- б основном выводится не измененным с мочей
- в лишен анагетических свойств
- г запускает злокачественную гипертермию
- д усиливает нервномышечную блокаду

Интенсивная периферическая вазоконстрикция может быть устранена

- а фентоламином
- б нитропруссидом натрия
- в нифедипином (коринфар)
- г введением эсмолола бривиблока
- д высокой спинальной анестезией

Сукцинилхолин может вызвать клинически важное повышение концентрации калия в плазме у пациентов, страдающих

- а псевдогипертрофической мышечной дистрофией или параплегией
- б сахарным диабетом
- в столбняком
- г миастенией
- д миопатией Эрба

Выберите неправильные утверждения, касающиеся сукцинилхолина:

- а не повышает внутриглазного давления
- б показан при злокачественной гипертермии
- в вызывает выброс гистамина
- г повышает калий сыворотки у нормальных пациентов
- д вызывает мышечные боли

Закрытая низкопоточная система с абсорбцией CO₂ имеет преимущества

- а уменьшаются влаго- и теплотери
- б достигается экономия газов и испаряющихся анестетиков
- в создается экологическая безопасность
- г улучшается удаление CO₂
- д снижается сопротивление к выдоху

Диффузия

- а закон Фика соотносит скорость диффузии к концентрационному градиенту
- б на клеточном уровне равновесие углекислоты наступает менее чем через 0,1 сек.
- в скорость диффузии большинства испаряемых анестетиков одинакова с углекислотой
- г окись углерода используется для измерения легочной диффузионной способности
- д диффузии вещества непропорциональна его молекулярному размеру

Альвеолярное давление водяных паров является функцией

- а влажности окружающей среды
- б барометрического давления
- в вдыхаемой газовой смеси
- г температуры тела
- д температуры окружающей среды

Диффузия анестетических газов через легочный эпителий зависит от

- а молекулярной массы

- б толщины альвеолярно-капиллярной мембраны
- в концентрации ингаляционного анестетика в крови легочных капилляров
- г температуры больного
- д объема вентиляции легких

Пульсоксиметрия не точна в присутствии

- а метгемоглобина
- б внутрисосудистых красителей
- в карбоксигемоглобина
- г кожной пигментации
- д серповидно-клеточной анемии

Давление в полном баллоне с закисью азота

- а равно давлению паров закиси азота над жидкой частью
- б повышается на $1/273$ на каждый градус повышения температуры по Цельсию
- в постепенно падает, когда жидкая часть расходуется
- г остается постоянным при всех обстоятельствах
- д указывает на количество имеющейся жидкости

Концентрация углекислоты в дыхательной смеси может быть измерена с помощью

- а масс-спектрометрии
- б химического метода
- в газовой фотометрии
- г пульсоксиметра
- д изменений в пьезо-электрическом эффекте

Растворимость газа в крови:

- а выше при комнатной температуре, чем при температуре тела
- б выше при температуре тела, чем окружающей среды
- в зависит от парциального давления газа
- г зависит от концентрации Hb в крови
- д зависит от содержания белков плазмы

Скорость газотока через отверстие зависит:

- а от давления газа

- б от плотности
- в от диаметра отверстия
- г степени вязкости
- д величины молекулы

Чем провоцируется злокачественная гипертермия?

- а продолжительностью анестезии свыше 3-х часов
- б сукцинилхолином
- в тракриумом
- г парообразующими анестетиками
- д эндокринной патологией

Для клинической картины злокачественной гипертермии характерны симптомы:

- а тахикардии, аритмии,
- б мышечная ригидность
- в гипертермия, акроцианоз
- г полиурия, метаболический алкалоз
- д артериальная гипертония

В лечении злокачественной гипертермии показаны мероприятия:

- а физическое охлаждение и нейровегетативная блокада
- б в/в введения дентролена или новокаинамида
- в применения никотинамида ,бикарбоната,
- г введения катехоламинов
- д хлористого Са

Гипотензивный эффект фторотана обусловлен:

- а кардиодепрессией
- б симпатолитическим действием
- в ганглиоблокирующим действием
- г выбросом гистамина с эффектом вазоплегии
- д влиянием на барорецепторы каротидной зоны и дуги аорты

Для действия фентанила характерны:

- а тахикардия
- б послеоперационная тошнота и рвота
- в длительная послеоперационная седация и аналгезия
- г депрессия дыхания
- д миоплегия

Прекураризация недеполяризующим миорелаксантом при вводимом наркозе производится с целью:

- а предупреждения послеоперационных мышечных болей
- б предупреждения повышения внутриглазного давления
- в предупреждения повышения уровня калия в плазме
- г для профилактики гистаминного выброса
- д в целях потенцирования миоплегии

Внутриглазное давление:

- а повышается при артериальной гипертензии
- б пропорционально внутричерепному давлению
- в понижается при гипервентиляции
- г снижается при пробе Вальсальва
- д повышается осмотическими диуретиками

При расположении испарителя в круге циркуляции, вдыхаемая концентрация паров анестетика:

- а может быть меньше номинальной концентрации
- б может превышать номинальную концентрацию
- в не может быть быстро изменена
- г связана с увеличением минутной вентиляции
- д увеличивается при увеличении "свежего" потока газа

Фторотан:

- а обладает быстрой индукцией
- б обладает симпатолитическим эффектом
- в относительно противопоказан при желтухе
- г понижает чувствительность миокарда к аритмогенному действию катехоламинов
- д не вызывает депрессии дыхания в 3 стадии наркоза

Главными признаками прекращения нейромышечного блока является :

- а приподнять голову от подушки
- б сделать по команде вдох и эффективно кашлять ,
- в пожать руку, поднять ногу
- г поддерживать насыщение крови кислородом свыше 95% при спонтанном дыхании воздухом
- д отсутствие цианоза

В отношении действия сукцинилхолина утверждения не правильны:

- а увеличение концентрации калия сыворотки
- б повышение гистаминного выброса
- в послеоперационная миалгия
- г снижение внутрижелудочного давления
- д повышение внутриглазного давления

При лечении хронического панкреатита показанные следующие виды блокад:

- а поясничную паранефральную блокаду
- б поясничную эпидуральную
- в блокада чревного сплетения
- г левосторонняя грудная паравертебральная
- д спинальная

Изофлюран:

- а повышает дыхательный объем
- б раздражает дыхательные пути
- в увеличивает гипоксическую легочную вазоконстрикцию
- г снижает рефлексы барорецепторов
- д усиливает бронхоконстрикцию

Острая гипокалиемия развивается :

- а при острой кишечной непроходимости. кишечных свищах
- б развивается при лечения глюкозой и инсулином
- в при упорной рвоте
- г при лечении калиевыми солями пенициллина
- д при злокачественной гипертермии

Кетамин вызывает:

- а повышение АД, СИ
- б гипертонус
- в галлюцинацию
- г брадикардию
- д снижение мозгового кровотока

К антагонистам фибринолиза относятся:

- а апротинин
- б стрептокиназа
- в эpsilon-аминокапроновая кислота
- г тканевой активатор плазминогена
- д гепарин

Витамин К

- а требуется для синтеза факторов свертывания VII, IX, X и II (протромбина)
- б является антагонистом гепарина
- в является антагонистом варфарина
- г является антагонистом протаминсульфата
- д не действует при приеме внутрь

Эритропоэтин:

- а вырабатывается в почках
- б увеличивает образование тромбоцитов
- в увеличивает образование эритроцитов
- г увеличивает образование лейкоцитов
- д вырабатывается в печени

Являются альфа-адреноблокирующими веществами:

- а пирроксан (пролоксан)
- б фентоламин
- в лабеталол
- г клофелин
- д нифедипин

Препараты дигиталиса:

- а угнетает атриовентрикулярную проводимость
- б снижает внутриклеточное содержание кальция
- в увеличивает сократимость миокарда
- г увеличивает сосудистый тонус
- д вызывает тахикардию

Хлористый кальций:

- а повышает сократимость миокарда
- б повышает возбудимость сердца
- в снимает приступ тетании
- г повышает проницаемость сосудистой стенки
- д может усиливать симптомы токсичности дигиталиса

Определение сердечного выброса методом термодилуции:

- а требует введения в легочную артерию катетера с термистором (термодатчиком)
- б основано на том же принципе, который используется при разведении красителя
- в требует введения точного объема жидкости с определенной температурой
- г не требует измерения температуры в месте стояния конца катетера
- д точность измерений зависит от температуры в операционной

Действие недеполяризующих миорелаксантов:

- а потенцируется аминогликозидными антибиотиками
- б потенцируется эдрофониумом
- в усиливается при миастении
- г блокируется магния сульфатом
- д уменьшается при почечной недостаточности

Кетамин:

- а быстро метаболизируется в печени
- б показан больным бронхиальной астмой
- в противопоказан при наличии гипертензии
- г совместим с барбитуратами
- д показан у больных с повышенным внутричерепным давлением

Минимальная альвеолярная концентрация (МАК) анестетика снижается :

- а в пожилом возрасте
- б гипотермии

- в при введении опиоидов
- г у детей
- д при введении кофеина

Какие препараты повышают барьерное давление в желудочно-пищеводном соустье:

- а дроперидол
- б прозерин
- в атропин
- г метоклопрамид (церукал)
- д фентанил

Общий печеночный кровоток снижается:

- а во время анестезии фторотаном
- б при применении ПДКВ (РЕЕР)
- в во время спинальной анестезии до Т4
- г при инфузии вазопрессина (адиурекрина)
- д при гипотермии

Градиент между PCO₂ в артерии и PCO₂ в конце выдоха увеличивается при:

- а эмфиземе легких
- б эмболии легочной артерии
- в искусственной гипотензии
- г злокачественной гипертермии
- д ателектазе легкого

Случайная гипотермия (30°C) приводит к снижению:

- а уровня метаболизма
- б уровня сахара крови
- в P50 гемоглобина
- г QT-интервала
- д Гематокрита

Нарушения секреции антидиуретического гормона после операции проявляются:

- а гипернатриемией
- б снижением осмолярности мочи
- в гиперволемией
- г полиурией
- д гипогликемией

Нарушения кровоточивости во время операции могут возникнуть вследствие:

- а диссеминированного внутрисосудистого свертывания
- б переливания несовместимой крови

- в активации плазминогена
- г болезни Виллебранда
- д массивной гемотрансфузии

Удлиненный QT-интервал может наблюдаться при:

- а лечении амиодароном (кордароном)
- б гиперкалиемии
- в остром инфаркте миокарда
- г гипокальциемии
- д все ли правильные?

Низкий уровень активности сывороточной холинэстеразы связан с:

- а болезнями печени
- б альбуминемией
- в третьим триместром беременности
- г застойной сердечной недостаточностью
- д тяжелым сепсисом

Уменьшение общей легочной податливости обычно наблюдается при:

- а левожелудочковой недостаточности
- б кифосколиозе
- в фиброзе легких
- г астме
- д эмфиземе легких

Гипердинамиа кровообращения наблюдается при:

- а анемии
- б беременности
- в эмоциональном стрессе
- г эмболии легочной артерии
- д микседеме

Увеличение физиологического мертвого пространства происходит при:

- а режиме ПДКВ
- б ателектазе легких
- в эмболии легочной артерии
- г ингаляционной анестезии
- д трахеостомии

Снижение системного сосудистого сопротивления происходит при:

- а беременности

- б повышении внутричерепного давления
- в анемии
- г анестезии кетаминном
- д феохромоцитоме

Типичные холинергические эффекты включают:

- а сужение зрачков
- б снижение внутриглазного давления
- в повышение моторики желудка и кишечника
- г бронходилатацию
- д

Диагностика ишемии миокарда по данным мониторинга ST-сегмента затруднена в присутствии:

- а мерцательной аритмии
- б блокады левой ножки пучка Гиса
- в гипертрофии левого желудочка
- г полной поперечной блокады сердца
- д лечения дигоксином

Мышечный паралич из-за блокады ацетилхолина на уровне нервомышечного соединения, создается при:

- а миастения gravis
- б 2 столбняк
- в антидеполяризирующая миоплегия
- г тетания
- д прогрессивная мышечная дистрофия

Изофлуран

- а снижает дыхательный объем
- б снижает ФОЕЛ (функциональную остаточную емкость легких)
- в ослабляет гипоксическую легочную вазоконстрикцию
- г повышает СИ
- д повышает бронхоконстрикцию

При внезапном снижении потока кислорода в наркозном аппарате необходимо:

- а устранить возможность аноксической смеси газов
- б перекрыть ток других газов
- в перейти на ИВЛ воздухом с помощью меха
- г перейти на внутривенный наркоз

д подготовить мешок АМБУ

Активность (псевдо-)холинэстеразы низкая у:

- а фермеров, использующих фосфорорганические инсектициды
- б больных с печеночной недостаточностью
- в женщин на последнем месяце беременности
- г больных, получающих лечение пилокарпином в глазных каплях
- д больных, страдающих myasthenia gravis

Искусственная гипервентиляция легких у нормального пациента в течение всей анестезии приведет к:

- а выраженному уменьшению потребности в послеоперационной анальгезии
- б смещению влево кривой диссоциации оксигемоглобина
- в снижению PaO₂
- г послеоперационному апноэ или гиповентиляции
- д дилатации сосудов кожи

Какие средства во время анестезии могут вызвать бронхоспазм:

- а тракриум
- б эуфиллин
- в инфузия желатиноля
- г кетамин
- д метоклопрамид (церукал)

Кетамин

- а является анальгетиком в субнаркотических концентрациях
- б стимулирует кровообращение
- в сохраняет нормальный кашлевой рефлекс и спонтанное дыхание
- г можно сочетать с барбитуратами в одном шприце
- д противопоказан при сахарном диабете

Факторы, которые увеличивают вероятность регургитации при индукции, включают:

- а ожирение

- б полный желудок
- в положение Тренделенбурга
- г вводный наркоз фторотаном
- д премедикация метоклопрамидом (церукалом)

Закись азота

- а не соединяется с гемоглобином
- б может вызвать повышение давления при закрытом пневмотораксе
- в может вызвать аплазию костного мозга
- г не метаболизируется в печени
- д может вызвать диффузионную гипоксию

Кожный кровоток

- а увеличивается при симпатической гиперактивности
- б уменьшается при гиповолемическом шоке
- в уменьшается от индукционной дозы тиопентал-натрия
- г увеличивается при фторотановой анестезии
- д не изменяется при анестезии изофлюраном

Концентрация CO₂ в конце выдоха снижается при:

- а эмболии легочной артерии
- б уменьшении сердечного выброса
- в увеличении альвеолярного мертвого пространства
- г гипертермии
- д инфузии натрия бикарбоната

Анестетики, которые могут уменьшить вентиляторный ответ на гипоксемию:

- а энфлюран
- б фторотан
- в морфин
- г закись азота
- д ксенон

Моторика кишечника снижается под влиянием:

- а травмы в зоне чревного нерва
- б опиатов

- в фторотана
- г прозерина
- д церукала

Системная токсичность местных анестетиков увеличивается при:

- а гипоксии
- б кахексии
- в ацидозе
- г гипопроотеинемии
- д печеночной недостаточности

Снижение системного сосудистого сопротивления связано с:

- а беременностью
- б тиреотоксикозом
- в анемией
- г гиповолемическим шоком
- д введением окситоцина

Во время общей анестезии происходит:

- а уменьшение скорости гломерулярной фильтрации
- б увеличивается реабсорбция воды
- в увеличивается реабсорбция натрия
- г уменьшается синтез ренина
- д нарастает уровень мочевины

К эффектам действия фенотиазинов относятся:

- а антидофаминергический
- б антигистаминный
- в гипотермический
- г нейроплегический
- д антистрессовый

Правильными мерами при остаточной нейромышечной блокаде после введения атракурия являются:

- а диагностика блока нейромышечной передачи с помощью аппаратов (миотест)
- б инфузия доксапрама
- в введение прозерина
- г свежезамороженная плазма
- д стимуляция дыхания с помощью CO₂

Действие сукцинилхолина проявляется в:

- а увеличении концентрации калия сыворотки

- б послеоперационной миалгии
- в повышении внутрижелудочного давления
- г повышении внутриглазного давления
- д повышении внутричерепного давления

Какие препараты повышают барьерное давление в желудочно-пищеводном соустье:

- а атропин
- б метоклопрамид (церукал)
- в фентанил
- г прозерин
- д дроперидол

Действие общей анестезии на дыхательную функцию проявляется снижением:

- а функциональной остаточной емкости легких
- б податливости легких
- в инспираторной мышечной активности
- г экспираторной мышечной активности
- д 5 депрессией дыхательного центра

Введенные эпидурально опиоиды:

- а эффективны только в высоких дозах
- б могут вызвать угнетение дыхания
- в не должны применяться в торакальной хирургии
- г могут вызвать зуд кожи
- д часто вызывают глубокую гипотензию

Достаточность альвеолярной вентиляции определяется с помощью измерения:

- а градиента кислорода
- б напряжения кислорода
- в насыщения кислородом
- г напряжения углекислоты
- д сердечного выброса

Наиболее экономичной методикой ксеноновой анестезией являются:

- а эндотрахеальная минимально-поточная анестезия с рециклингом Хе

- б масочного метода с использованием ларингеального воздуховода (ларингеальная маска)
- в эндотрахеальная анестезия по закрытому контуру с рециклингом Хе
- г эндотрахеальная низкотоочная методика анестезии с ИВЛ
- д масочный метод с сохранением спонтанного дыхания

У пациента при гипервентиляции и $PCO_2 = 20$ мм рт. ст. снижается :

- а церебральный кровоток
- б уровень ионизированный кальция
- в доставка кислорода к тканям
- г несоответствие вентиляции/кровотока (V/Q)
- д повышается почечный кровоток

К факторам, предрасполагающим к желудочной регургитации относятся:

- а фибрилляция мышц живота при введении суксаметония
- б ожирение
- в полный желудок
- г положение Тренделенбурга
- д наличие назогастральной зонда

Севофлюран.

- а снижает мышечный тонус и позволяет провести интубацию у детей без применения миорелаксантов
- б продукты биотрансформации обладают нефротоксичностью
- в при взаимодействии с натронной известью образует нефротоксический метаболит – олефин
- г не влияет на мозговой кровоток и ВЧД
- д кардиодепрессор

Осложнения пункции крикотиреоидной мембраны могут быть в виде:

- а подкожной эмфиземы
- б разрыва трахеи
- в повреждения задней стенки гортани
- г повреждение бронха
- д дыхательную недостаточность

Дезфлюран:

- а снижает мышечный тонус и потенцирует действие недеполяризующих миорелаксантов
- б применяться только при наличии специальных испарителей из-за низкой точки кипения
- в осуществляется быстрая индукция и элиминация
- г не раздражает дыхательные пути, не осложняется ларингоспазмом, кашлем и слюнотечением
- д не снижает мозговой кровоток и ВЧД

Наиболее частой причиной необходимости задержки пациента после амбулаторной операции является:

- а сонливость, явления пролонгированной седации
- б отсутствие сопровождающего
- в тошнота и рвота
- г крапивница
- д зуд кожи

К средствам профилактики тошноты и рвоты не относится:

- а ондансетрон
- б атропин
- в метоклопрамид
- г циметидин
- д дроперидол

При подозрении на воздушную эмболию легочной артерии необходимо:

- а повернуть больного на левый бок
- б максимально отодвинуть подключичный катетер
- в аспирировать воздух через катетер из правого предсердия
- г проводить ИВЛ, оксигенацию
- д не включать подачу закиси азота

Укажите на факторы, ограничивающие применение анестезии ксенонном:

- а относительно высокая стоимость ксенона, ограниченные запасы в мире
- б отсутствие общей и специфической токсичности

- в необходимость в специализированной наркозной аппаратуре
- г легкая управляемость уровнем анестезии
- д быстрая элиминация из организма

При катетеризации правой наружной яремной вены возможны осложнения:

- а воздушная эмболия
- б аритмия
- в гематома
- г хилоторакс
- д невралгия шейного сплетения

Укажите виды специфической токсичности анестетика:

- а тератогенность, мутагенность
- б эмбриотоксичность, антигенность
- в аллергенность, канцерогенность
- г острая токсичность
- д хроническая токсичность

Закись азота

- а поступление в полость, содержащую воздух приводит к увеличению объема последней
- б более растворима в крови по сравнению с ксеноном
- в поступление в полость, содержащую воздух, приводит к увеличению в ней давления
- г препятствует взрыву и воспламенению взрывоопасных веществ
- д анальгетическое действие проявляется только при концентрации выше 50%

В конце операции под общей анестезией обнаружено отсутствие у больного зуба. Что следует предпринять?

- а разбудить больного по окончании операции, как обычно
- б осмотреть рото- и носоглотку, полости выполнить УЗИ грудной и брюшной полости
- в исключить попадание зуба в трахею по физикальным данным

- г при необходимости сделать под наркозом рентгенограммы головы, шеи грудной и брюшной полости
- д информировать больного и его родственников после операции о потере зуба

Установить последовательность действий врача при наличии регургитации и аспирации.

- а придать положение Тренделенбурга
- б провести интубацию трахеи, санация ТБД и вибрационный массаж грудной клетки
- в З начать ИВЛ гипероксической смесью
- г ввести бронхолитики и кортикостероиды
- д провести диагностическую и лечебную бронхоскопию

Причиной гипотензии во время спинальной анестезии является:

- а увеличение венозной емкости и снижение тонуса сосудов ниже уровня блока
- б прямое угнетение миокарда
- в снижение венозного возврата и ударного объема сердца
- г депрессия сосудодвигательного центра
- д миоплегия

Возможные осложнения после спинальной пункции

- а головные боли, тошнота, рвота
- б артериальная гипотензия
- в расстройства зрения
- г парезы и потеря чувствительности кожи
- д инфекционные осложнения (менингит, миелит, радикулит)

Эпидуральная сенсорная блокада Т4 - Т10 может вызвать вызывает гипотензию по причине:

- а брадикардии
- б относительной гиповолемии, вазоплегии
- в снижения венозного притока

- г сопутствующих заболеваний
- д исходной гиповолемии

В отношении блока плечевого сплетения межлестничным доступом на уровне С6:

- а имеется риск инъекции в позвоночную артерию
- б оболочка лежит между передней и средней лестничными мышцами
- в имеется более 50% неудачных результатов
- г достигается релаксация плеча
- д связано с риском блокады симпатических ветвей сердца

Осложнения при одностороннем надключичном блоке плечевого сплетения:

- а пункция подключичной артерии
- б пневмоторакс
- в с.Горнера
- г гематома в этой области
- д введение анестетика в позвоночный канал и позвоночную артерию

Правильно выполненная блокада звездчатого узла приводит к :

- а сужению зрачка
- б птозу
- в энофтальму
- г потоотделению на противоположной половине лица
- д похолоданию руки

Снижение сердечного выброса, обусловленное эпидуральной анестезией до уровня Т1 связано:

- а урежением частоты сердечных сокращений
- б уменьшением венозного притока
- в снижением левожелудочкового конечно-диастолического давления
- г вазоконстрикцией выше блока
- д выбросом катехоламинов

При токсическом действии местноанестезирующих средств, проявляющихся возникновением судорог, положительный эффект оказывает:

- а введение адреномиметических средств, нашатырного спирта

- б введение барбитуратов короткого действия
- в проведение ИВЛ, O₂, инфузионной терапии
- г положение Фовлера
- д антидотов нет

Эпидуральная анестезия, выполненная между 9-м грудным и 1-м поясничным позвонками обеспечивает проведение анестезии при операциях:

- а на тонком и толстом кишечнике
- б на нижней части пищевода и желудке
- в на почке
- г на органах малого таза
- д на предстательной железе

Эпидуральная анестезия, выполненная между 3 и 4-м поясничными позвонками обеспечивает анестезию при операциях:

- а на мочевом пузыре и матке
- б на желчном пузыре и 12-перстной кишке
- в на прямой кишке и нижних конечностях
- г на н/3 пищевода
- д на легких

Препараты, вызывающие спазм сфинктера Одди при холецистэктомии включают

- а морфин
- б дроперидол
- в фентанил
- г гликопирролат
- д кеторолак

Препараты, повышающие барьерное давление в желудочно-пищеводном соустье

- а дроперидол
- б прозерин
- в фентанил
- г метоклопрамид (церукал)
- д тракриум

Патофизиологические проблемы пневмоперитонеума включают:

- а повышенное внутрибрюшное давление
- б снижение СИ

- в компрессия нижней полой вены
- г периферическая вазодилатация
- д артериальная гипертензия

У пациента с хроническим заболеванием печени:

- а действие суксаметония пролонгировано
- б абсорбция витамина К снижена
- в протромбиновое время пролонгировано
- г доза деполяризующих нейромышечных препаратов должен быть снижена

Для острого деструктивного панкреатита характерны перечисленные ниже изменения:

- а выраженный дефицит плазматического объема
- б выраженный дефицит белков плазмы
- в Нарушения КОС
- г увеличение объема внеклеточного пространства
- д гемодинамическая стабильность

Причиной регургитации при наркозе может быть

- а повышения внутрижелудочного и внутрибрюшного давления
- б функциональная неполноценность кардиального жома
- в хронический эзофагит
- г гиперацидный гастрит
- д дивертикул н/З пищевода

Первая фаза токсемии при остром панкреатите характеризуется:

- а гипердинамическим характером нарушения гемодинамики
- б повышением объема циркулирующей крови
- в развитием тяжелого метаболического ацидоза
- г гиперкалиемией
- д полиурией

Для острого панкреатита характерными изменениями электролитов являются

- а гипокалиемия
- б гипокальциемия
- в гипохлоремия
- г гипернатриемия
- д метаболический алкалоз

Гипергликемия при остром панкреатите обусловлена:

- а неспособностью тканей к утилизации инсулина
- б относительной недостаточностью инсулина
- в усилением действия глюкагона
- г поражением островков Лангерганса
- д выраженной активностью гистидина

Реактивная фаза перитонита при прободении язвы желудка обусловлена главным образом

- а гиперергической реакцией брюшины на кислое желудочное содержимое
- б разлитой болью в животе
- в резким раздражением блуждающего нерва
- г гиперволемией
- д интоксикацией

Токсическая фаза перитонита при прободении язвы желудка характеризуется:

- а тахикардией, ацидозом
- б гиповолемией, гипокалиемией
- в снижением работы левого желудочка
- г полиурией
- д снижением ОПСС

Для проведения водного наркоза у больного с перитонитом предпочтение отдается:

- а кетамину
- б фторотану
- в дипривану
- г барбитуратам

В терминальной фазе перитонита происходит:

- а токсическое поражение ЦНС
- б развитие функциональной кишечной непроходимости
- в развития клиники ДВС-синдрома

- г развитие печеночно-почечной недостаточности
- д развитие ОДН

Укажите наиболее значимый путь потерь жидкости при кишечной непроходимости:

- а увеличение желудочно-кишечной секреции
- б наружные потери (рвота, легкие, кожа)
- в снижение канальцевой реабсорбции
- г внутренние потери (секвестрация в просвет кишечника, брюшины)
- д повышение температуры тела, перспирация

Клиническими проявлениями кислотно-аспирационного синдрома являются:

- а бронхоспазм, удушье, сопротивление на вдохе
- б набухание шейных вен, цианоз лица
- в экспираторная одышка
- г снижение ЦВД
- д снижение АД, бледность

Принципы ИТ при травматическом шоке состоят в:

- а устранение гемодинамических расстройств (остановка кровотечения, коррекция гиповолемии и анемии, восстановление микроциркуляции)
- б устранение дыхательных расстройств (оксигенация, различные виды дыхательной поддержки, ИВЛ)
- в обезболивание
- г иммобилизация (шины, спице-стержневая фиксация, скелетное вытяжение, гипсовые лонгеты, остеосинтез)
- д коррекция метаболизма (углеводного, белкового, жирового, ВСБ, КОС), антибактериальная терапия

Улучшения нутритивного состояния больного можно достичь в первую очередь с помощью:

- а растворов глюкозы и спирта

- б инфузии полиионных и коллоидных растворов
- в введения белковых препаратов и калорийных смесей
- г гемотрансфузий и использования сухой и свежзамороженной плазмы
- д гидроксиэтил крахмал 6% раствор

Женщина в возрасте 55 лет с кишечной непроходимостью поступила в клинику для операции резекции участка тонкого кишечника. Из сопутствующей патологии у неё были лёгкая форма гипертонической болезни и патологическое ожирение. В период вводного наркоза у неё развилась выраженная гипоксемия. Каковы основные причины развития гипоксемии у данной больной?

- а наркотическая депрессия дыхательного центра
- б западение языка и нижней челюсти
- в нарушение функции внешнего дыхания, снижение ДО
- г сниженная податливость «легких-грудная клетка»
- д антифизиологическая позиция на операционном столе

Ваши действия по профилактике гипоксии при проведении общей анестезии у пациентки с ожирением 111 ст?

- а надежная преоксигенация, денитрогенизация в течение 3-5 мин
- б масочная принудительная компенсация дыхания
- в форсированный темп индукции анестезии
- г быстрая интубация и перевод на ИВЛ
- д сохранение физиологической позиции пациентки на операционном столе

Ваши действия при подозрении на тотальный бронхиолоспазм?

- а Исключить механическую обструкцию и неисправность наркозного аппарата

- б Проверить проходимость дыхательных путей, санировать трахею с помощью катетера и отсоса
- в Начать бронхолитическую терапию (аминофиллин, адреналин, алупент, атропин)
- г Ввести кортикостероиды (преднизалон, метилпреднизолон)
- д Продолжить ИВЛ гипероксической смесью

Ребёнок в возрасте 1 года с массой тела 9 кг был направлен на бронхоскопию по поводу аспирированного им инородного тела. Признаки дыхательной недостаточности отсутствовали, но прослушивались выраженные шумы на вдохе и выдохе. Частота дыхания составила 40 в мин., температура тела была в пределах нормы. При перкуссии грудной клетки отмечался коробочный оттенок звука над левым лёгким, на рентгенограмме грудной клетки - перераздутие левого лёгкого со смещением средостения вправо. Какова оптимальная анестезия для такого ребёнка?

- а внутривенная анестезия (кетамин, барбитураты) с сохранением спонтанного дыхания
- б масочный фторотановый наркоз
- в сочетанный внутривенный наркоз с интубацией и проведением ИВЛ
- г все варианты допустимы
- д

Мужчина в возрасте 61 года направлен на операцию лобэктомии по поводу опухоли верхней доли левого лёгкого. В его анамнезе есть указание на длительное курение, кашель с мокротой и сниженную переносимость физических нагрузок.. Вводный наркоз прошёл гладко, для обеспечения дальнейшей анестезии и вентиляции была введена двухпросветная трубка Карленса. Однако после её закрепления независимую вентиляцию провести не удалось. Каковы причины этого ?

- а трубка Карленса своей шпорой не «села на карину»

- б не полностью раздута манжетка на трубке и бранше правого главного бронха
- в допущены технические дефекты
- г отдельная интубация бронхов при данной патологии легких не была показана
- д

Мужчина в возрасте 86 лет был госпитализирован по поводу опухоли нижней доли левого лёгкого. Планировалось произвести ему бронхоскопию и сразу же после неё - лобэктомию. Бронхоскопия жёстким бронхоскопом под общим наркозом прошла без осложнений, больного положили на правый бок и приступили к операции лобэктомии. Через 25 мин после разреза кожи наступила остановка сердца. Ваши действия в этой ситуации?

- а Засечь время, определить вид остановки сердца (асистолия, фибрилляция)
- б 2 Нанести прекардиальный механический удар, незамедлительно начать закрытый массаж сердца
- в Провести по показаниям медикаментозную стимуляцию сердца (адреналин, атропин, лидокаин, хлористый Са)
- г Продолжить ИВЛ гипероксической смесью
- д При безуспешности лечебных мероприятий провести электрическую стимуляцию сердца

Мужчине в возрасте 73 лет была произведена операция удаления аневризмы брюшного отдела аорты. После поперечного пережатия аорты в течение 70 мин количество мочи уменьшилось до 30 мл/ч. В послеоперационном периоде развились симптомы почечной недостаточности. Гемодиализ проводился между 10-м и 22-м днём после операции. Какие факторы предрасполагали к развитию почечной недостаточности?

- а Пережатие аорты во время операции выше места отхождения почечных артерий
- б Ишемия почки
- в Значительная кровопотеря во время операции и гиповолемия
- г Неоднократные предоперационные ангиографии
- д Фон системного атеросклероза

Девочка в возрасте 10 лет с массой тела 21 кг, страдавшая рецидивирующим двусторонним серозным отитом, направлена на операцию восстановления проходимости слуховых труб. В анамнезе есть указание на врожденную патологию сердца (синдром Айзенменгера с двунаправленным шунтированием через дефект в межжелудочковой перегородке, гипертензией в малом круге, незаращением аортального протока и незначительной регургитацией митрального клапана). Во время плача у девочки обычно появляется цианоз. Гематокрит перед операцией составляет 55%. Какие показатели следует особенно оценивать перед проведением наркоза у данной больной?

- а Выраженность цианоза и признаки застойной сердечной недостаточности
- б Выраженность полицитемии (при уровне гематокрита выше 60% увеличивается опасность коагулопатий и тромбоза мозговых сосудов)
- в Гипертензия малого круга, газовый состав крови, КОС
- г Уровень ферментов печени
- д Парциальные функции почек

Женщина в возрасте 19 лет из негроидной популяции была направлена на операцию резекции правого тазобедренного сустава по поводу остеогенной саркомы. В анамнезе имеются указания на серповидно-клеточную анемию, протекавшую с периодическими кризами. Перед операцией уровень гемоглобина у неё составлял 90 г/л, а гематокрита - 27%. - Каковы методы подготовки к наркозу и операции больного с серповидно-клеточной анемией следует провести?

- а Электрофорез гемоглобина для точной диагностики гемоглобинопатии
- б Коррекция анемии ,трансфузия перед операцией нормальных эритроцитов
- в При признаках гиперсплении – определить свёртываемость крови
- г Контроль газового состава крови
- д Проведение адекватной инфузионно-трансфузионной терапии

Мужчина в возрасте 79 лет был направлен на операцию трансуретральной резекции предстательной железы по поводу её гипертрофии. За 6 лет до операции он перенёс инфаркт миокарда, после выздоровления не ощущал болей за грудиной и сердцебиений. Принимает дигоксин в поддерживающих дозах (0,25 мг/сут). В анамнезе есть указание на аллергию к новокаину. При физикальном обследовании было обнаружено сглаживание поясничного лордоза с ограничением сгибательных и разгибательных движений позвоночника. - Какой вид анестезии наиболее показан данному больному?

- а Спинальная анестезия
- б Комбинированный эндотрахеальный наркоз
- в Сакральная анестезия
- г Внутривенный наркоз кетаминном
- д Эпидуральная анестезия

Мужчина в возрасте 74 лет, рост которого 160 см, масса тела 60 кг, направлен на операцию трансуретральной резекции предстательной железы по поводу её доброкачественной гипертрофии. Больной страдает сахарным диабетом и в прошлом перенёс нарушение мозгового кровообращения. Спинальная анестезия 15 мл тетракаина с адреналином обеспечила удовлетворительное обезболивание. Анестезия наступила с уровня Th VII. Через 45 мин после начала операции развилась брадикардия, отек легкого, а затем наступила остановка сердца.-
Какие факторы способствовали этому осложнению?

- а Гипонатремия
- б Адсорбция омывающей жидкости
- в Нарушения в проводящей системе сердца, атрио-вентрикулярная блокада
- г Нарушение гемокоагуляции
- д Отек мозга

Выраженное ожирение характеризуется уменьшением

- а Жизненной емкости легких
- б Экспираторного резервного объема легких
- в Функциональной остаточной емкости легких
- г Ригидности грудной клетки
- д Соотношения вентиляции/кровоток

Причины гипотензии во время спинальной анестезии

- а Урежение ритма сердца
- б Увеличение венозной емкости
- в Уменьшение ударного объема сердца
- г Токсическое действие анестетика
- д Кардиодепрессия

При эпидуральной анестезии заданный объем 2% лидокаина вызовет более распространенный блок

- а При беременности, близкой к сроку родов
- б У пожилых пациентов
- в При изменении позиции на операционном столе

- г Уровня пункции позвоночника
- д При использовании гипербарического раствора

Какие лечебные блокады более предпочтительны при хроническом панкреатите

- а Двусторонний грудной паравертебральный блок
- б Блок чревного сплетения
- в Блок торакальный эпидуральный
- г Блок поясничный симпатический
- д Блок интратекальный морфином

У больных с гипотиреозом наблюдается

- а Пролонгированная депрессия от гипнотиков
- б Задержка восстановления сознания после анестезии
- в Низкий вольтаж зубцов Т на ЭКГ
- г Низкая чувствительность к недеполяризующим миорелаксантам
- д Возможна артериальная гипотензия

У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы можно предупредить опасность КАС при вводимой анестезии с помощью

- а Использования кетамина для индукции
- б Антацидной подготовки антагонистами H₂-рецепторов
- в Использования ларингеальной маски
- г Использования давления на перстневидный хрящ
- д Премедикации атропином

При острой перемежающейся порфирии в хирургии отмечаются

- а Острые боли в животе
- б Моча цвета красного вина
- в Противопоказаны барбитураты из-за опасности ОДН
- г Нецелесообразно применение фторотана
- д В патогенезе заложены генетические изменения

Осложнения анестезии при лапароскопической операции включают

- а Гипотензию, снижение СИ

- б Регургитацию и аспирацию
- в Пневмоторакс, диффузную подкожную эмфизему
- г Снижение ЦВД
- д Периферическую вазоплегию

Осложнения трансуретральной резекции предстательной железы под регионарной анестезией включают:

- а Дезориентацию
- б Брадикардию
- в Отек легких
- г Гипертермию
- д Гиподинамию

Правильное лечение суправентрикулярной тахикардии, развившейся после пневмонэктомии, включает

- а Пропранолол
- б Массаж каротидного синуса
- в Верапамил
- г Дигоксин
- д Лидокаин

Эмболия амниотической жидкостью сопровождается

- а Цианозом
- б Гипофибриногенемией
- в Гипертермией, ознобом
- г Диспноэ
- д Гипотензией, шоком

Тактика врача при эмболии околоплодными водами

- а Интубация, перевод на ИВЛ
- б В/венное введение 500 мг преднизалона
- в В/в введение бронхолитиков, вазопрессоров
- г Восполнение ОЦК, СЗП, кристаллоиды
- д Экстренное родоразрешение

Повреждение срединного нерва у локтя вызывает

- а слабость пронации руки
- б атрофию бугра большого пальца
- в слабость пожатия руки

- г полную потерю чувствительности на дорсальной стороне первых двух пальцев
- д

Нервы, которые надо блокировать при регионарной анестезии при ампутации н/з бедра, включают:

- а седалищный
- б латеральный кожный бедренный
- в бедренный
- г латеральный коленный
- д запирательный нерв

Показания к эпидуральному введению опиоидов:

- а получения длительного анестезирующего эффекта при урологических и травматологических операциях
- б достижения пролонгированного анальгезического и седативного эффекта в послеоперационном периоде
- в в качестве анальгезического компонента общей анестезии при операциях в общей и грудной хирургии
- г при эндоскопических операциях в урологии
- д

Головные боли после спинальной пункции

- а могут сопровождаться явлениями менингизма
- б появляются в первые сутки после спинальной пункции
- в может возникнуть диплопия, боли в глазах
- г ослабляются при ограничении приема жидкости
- д чаще возникают у пожилых

Факторы, влияющие на уровень спинального блока

- а удельный вес раствора анестетика
- б объем раствора анестетика
- в доза местного анестетика
- г объем замещенной цереброспинальной жидкости

д положение больного

При остром респираторном дистресс-синдроме у новорожденного уменьшается:

- а альвеолярная вентиляция
- б артериальное PO₂
- в податливость легких
- г артериальное PCO₂
- д сопротивление дыхательных путей

Неблагоприятные последствия непреднамеренного охлаждения во время анестезии включают:

- а гипотермию
- б гипогликемию
- в брадикардию
- г акроцианоз, дрожь
- д нейро-вегетативную блокаду

Признаки интраоперационной злокачественной гипертермии включают

- а ригидность скелетной мускулатуры
- б тахикардию, нестабильное АД, цианоз
- в тяжелый смешанный ацидоз
- г снижение концентрации калия в плазме
- д полиурию

Внутриглазное давление снижается под действием

- а гиперкапнии
- б фторотана
- в калипсола
- г барбитуратов
- д морфина, листенона

Во время третьего триместра беременности происходит

- а уменьшение альвеолярной вентиляции
- б снижение гематокрита
- в увеличение объема циркулирующей крови
- г снижение уровня основного обмена
- д увеличение функциональной остаточной емкости легких

Лечение преэклампсии сульфатом магния внутривенно может привести:

- а к снижению сократимости матки
- б потенцированию действия деполяризующих миорелаксантов
- в угнетению сократимости миокарда
- г гипокалиемии
- д эпилептиформным судорогам

Релаксацию матки во второй стадии родов можно вызвать@

- а спинальной анестезией до уровня T10
- б барбитуратами
- в анестезией закисью азота с миорелаксантами
- г анестезией фторотаном
- д анестезией кетамином

Немедленные мероприятия при непреднамеренной высокой спинальной анестезии при развитии гипотензии включают

- а в/в введение эфедрина, кофеина,
- б быструю инфузию Рингер-лактата (раствора Гартмана)
- в респираторную поддержку
- г опускание головного конца стола
- д введение атропина

Острый панкреатит может сопровождаться:

- а острой опоясывающей болью в животе, рвотой
- б паралитической кишечной непроходимостью
- в гипокальциемией, гипохлоремией, гипокалиемией
- г гипергликемией
- д метаболическим ацидозом

При тяжелом пневмоните вследствие аспирации содержимого желудка происходит увеличение

- а сопротивления дыхательных путей
- б содержания интерстициальной воды в легких
- в давления в легочной артерии
- г податливости легких
- д несоответствие V/Q

К лабораторным признакам острого панкреатита относятся:

- а лейкоцитоз
- б гипокалиемия
- в гипергликемия
- г гиперкальциемия
- д гиперхлоремия

Гипотензия, связанная с использованием костного цемента метилметакрилата,

- а более часто наступает при протезировании тазобедренного сустава
- б происходит вследствие реакции гиперчувствительности
- в связана с системным нарушением гемодинамики
- г реже встречается при тотальной внутривенной анестезии по сравнению с ингаляционной
- д усиливается при гиперкапнии

Избегать премедикации атропином следует у больных с:

- а тяжелым стенозом митрального клапана
- б плохо скорректированным гипертиреозом
- в пароксизмальной предсердной тахикардией
- г повышенным внутричерепным давлением
- д принимающих блокаторы бета-адренорецепторов

Лечение желудочковой тахикардии, развившейся во время анестезии, включает введение

- а дигоксина
- б лидокаина (лигнокаина)
- в кальция глюконата
- г амиодарона (кордарона)
- д веропамила

Какие из названных факторов, особенно влияют на развитие гипотензии послеснятия зажима с аорты после резекции аневризмы её абдоминального отдела :

- а невозмещенная кровопотеря, гиповолемия
- б падение тонуса сосудов ишемической зоны

- в секвестрация жидкой части крови внутрь кишечника
- г эндотоксемия
- д метаболический ацидоз

Какие главные причины приводят к гипотензии при лапараскопических вмешательствах в брюшной полости:

- а газовая эмболия системы легочной артерии
- б пневмоперитонеум с давлением, превышающим 14 мм рт ст
- в компрессия нижней полой вены с нарушением венозного притока
- г исходные заболевания сердечно-сосудистой системы
- д кровотечение

Какие главные проблемы, в абдоминальной хирургии, возникают при проведении анестезии у пациента маленького роста с патологическим ожирением:

- а проблема трудной интубации
- б снижение торакопульмональной податливости
- в повышенный расход и объем распределения миорелаксантов
- г напряженные показатели нейрогуморальных систем, жирового и углеводного обмена
- д проблемы ближайшего восстановительного периода

Помощь при воздушной эмболии, произошедшей во время операции на задней черепной ямке, состоит в:

- а компрессии яремных вен
- б прекращении подачи закиси азота
- в аспирации через катетер из правого предсердия
- г введении маннитола
- д в переводе больного в положение на правом боку

Какие главные причины лежат в основе нарушений коагуляции после операции с искусственным кровообращением:

- а действие гепарина
- б снижение числа тромбоцитов
- в снижение уровня фибриногена

- г снижение уровня ионизированного кальция
- д предоперационное лечение ацетилсалициловой кислотой

Какие особенности нарушения функции аппарата внешнего дыхания характерны для беременных в предродовом период:

снижение функциональной остаточной емкости легких (ФОЕЛ)

снижение резервного объема выдоха

снижение жизненной емкости легких
повышение сопротивления дыхательных путей
снижение P_{aO_2}

При выполнении правосторонней надключичной блокады плечевого сплетения возможны следующие осложнения:

синдром Горнера
паралич диафрагмального нерва
паралич возвратного нерва гортани
повреждение купола плевры

пункция подключичной артерии или вены

Снижение сердечного выброса при выполнении эпидуральной анестезии на уровне T1, происходит из-за уменьшения:

частоты и силы сердечных сокращений
венозного притока к правым отделам сердца
левожелудочкового конечно-диастолического давления
сосудистого тонуса в зоне ниже уровня блока
ОЦК за счет относительной и абсолютной гиповолемии

Бедренный нерв у паховой связки

содержит симпатические волокна
лежит медиальнее бедренной вены

лежит латеральнее бедренной артерии
является чисто чувствительным
лежит вне бедренного канала

Больной с тяжелым гипотиреозом представляет сложную проблему для анестезии вследствие того, что:

период полураспада анестезирующих препаратов удлинен
сократительная сила миокарда уменьшена
действие вазопрессоров ослаблено
нейроэндокринная система расбалансирована

послеоперационная «седация», как осложнение анестезии, может продолжаться в течение многих часов

Эпидуральная блокада уровня T4-T10 вызывает гипотензию главным образом по причине:

брадикардии
относительной гиповолемии
вазодилатации и снижения венозного притока

угнетения сосудодвигательного центра
угнетения каротидных рефлексов

К частым причинам послеоперационной депрессии дыхания у новорожденного относятся

неадекватная реверсия нейромышечной блокады
гипотермия
недоношенность, депрессия дыхательного центра
гипогликемия
гипотензия

У больного с низким внутричерепным комплайнсом давление цереброспинальной жидкости увеличивается под прямым воздействием:

гиперкапнии
гипоксии
кетамин
гипервентиляции
пропофола (дипривана)

Ретрокулярная блокада

расширяет зрачок
вызывает экзофтальм
снижает внутриглазное давление
предотвращает слезотечение
увеличивает вероятность
пролабирования стекловидного тела

Релаксация беременной матки быстро достигается
с помощью

энфлурана
нитроглицерина
сальбутамола
спинальной анестезии
закиси азота

Новорожденный 6 нед., страдающий
пилоростенозом, назначен на пилоромиотомию.
Оптимальными методами при проведении
анестезии являются:

атропин для премедикации, индукция
тиопентал-натрием
интубация под деполяризующими
миорелаксантами
основная анестезия фторотаном с O₂ и
ИВЛ
внутривенная инфузионная терапия 0,9%
хлористым натрием

Укажите самые надежные меры, уменьшающие
риск кислотной регургитации у больной,
назначенной на кесарево сечение:

проведение перед операцией блокады
H₂-рецепторов
введение внутрь перед операцией натрия
цитрата

запрещение приема пищи и жидкости в
течение 4 ч перед операцией
проведение приема Селика во время
интубации трахеи

положение Фовлера в период индукции

К факторам, определяющим степень риска
анестезии и вероятность смертельного исхода
кардиологического генеза, относятся:

аортальный стеноз

инфаркт миокарда, случившийся 2 мес.
назад
удлиненный интервал QT
периодические желудочковые
экстрасистолы
интраоперационный узловой ритм

Первым неспецифическим признаком
злокачественной гипертермии при анестезии у
ребенка часто является:

быстрое повышение температуры тела
тахикардия
горячая кожа
аритмия
сильное нагревание абсорбера

Поступил ребенок с ущемленной грыжей и
инфекцией верхних дыхательных путей.
Правильной является тактика:

не задерживать операцию, начать
лечение антибиотиками

оперировать под общей внутривенной
анестезией с респираторной поддержкой
допустимо оперировать под спинальной
анестезией
отложить операцию
оперировать, под эндотрахеальным
ингаляционным наркозом

Ребенок 3 лет .Проснулся через несколько часов с
плачем и затрудненным дыханием. При осмотре:
сидит, возбужден, кожа гиперемирована,
стридорозное дыхание (на вдохе). Правильной
тактикой будет:

провести срочную диагностику наличия
инородного тела в дыхательных путях
срочно транспортировать ребенка в
операционную для интубации или
трахеотомии под внутривенным
наркозом
срочно начать лечение по поводу
наиболее вероятного диагноза
ларинготрахеобронхита
измерить температуру, начать
противовоспалительную терапию
установить систему для инфузионной
терапии

Новорожденным требуется меньший расход депполяризирующих релаксантов вследствие:

слабого развития скелетной мускулатуры

обладают меньшей мышечной массой

сниженной активности холинэстеразы
недостаточного развития
мионеврального соединения
увеличенной пропорции общей воды
тела

При сложных рентгенологических исследованиях общая анестезия необходима:

у детей до 2-3 лет
при умственной отсталости
при непроизвольных движениях
при высокой температуре

находящихся в коматозном состоянии

Тракция медиальной прямой мышцы глаза вызывает

брадикардию
тошноту
мультифокальные желудочковые
экстрасистолы
гипертензию
синдром Горнера

Пациентке 75 лет производится удаление катаракты под местной анестезией с седацией и наблюдением анестезиолога. В момент выполнения хирургом ретробульбарного блока ритм сердца по ЭКГ-монитору замедлился до 40 в мин. Что следует предпринять анестезиологу?

произвести интубацию трахеи
ввести 0,8 мг атропина в/в, под контролем кардиомонитора
отложить операцию до установки водителя ритма
преостановить хирургическую манипуляцию, выждать время действия атропина
начать массаж сердца

Осложнениями ретробульбарной блокады могут быть

окулокардиальный рефлекс

окклюзия центральной артерии сетчатки
ретробульбарное кровотечение
анестезия ствола мозга с нарушением дыхания
нарушение кровообращения

После экстракции зуба под наркозом больной “кукарекает”. Почему?

может быть симптомом полного ларингоспазма
может быть частичный ларингоспазм
требует немедленного введения субапной дозы сукцинилхолина
обычно устраняется вспомогательной вентиляцией
346.
“Пусковым механизмом” злокачественной гипертермии может быть

“Пусковым механизмом” злокачественной гипертермии может быть

фторотан
кетамин
сукцинилхолин
пропофол (диприван)
ардуан

Дефект межжелудочковой перегородки характеризуется:

шунтом слева-направо
гипертрофией левого желудочка

изменением сосудистого рисунка при рентгенологическом исследовании
шунтом справа-налево
5 артериальной гипоксемией

У больного с заболеванием сердца имеется тахисистолическая форма мерцательной аритмии. Перед оперативным вмешательством целесообразно:

отложить операцию до устранения имеющихся нарушений ритма
тахисистолическую форму следует перевести в нормосистолическую

тахисистолическую форму следует перевести в брадисистолическую операцию и анестезию проводить с обязательным мониторингом ЭКГ провести глубокую седацию перед введением в наркоз

Для хронического обструктивного процесса в легких характерны следующие показатели:

уменьшение дыхательного объема
резкое уменьшение объема форсированного выдоха
резкое уменьшение жизненной емкости легких
урежение частоты дыхания

Клинические проявления постперфузионного синдрома после АИК состоят в:

развитии артериальной гипоксемии
развитии артериальной гиперкапнии
увеличении объема внесосудистой воды в легких

снижении давления в легочной артерии

В терапии постперфузионного синдрома принято применять :

ИВЛ 50% кислородом
антиоксиданты
мочегонные
блокаторы Са
кортикостероиды

При оперативном вмешательстве по поводу стеноза митрального клапана анестезиолог обязан:

наладить контроль центрального венозного давления
наладить мониторинг показателей центральной гемодинамики
обеспечить тщательный контроль за газообменом
проводить анестезию в условиях умеренной гипотонии
проводить анестезию в условиях умеренной гипотермии

В момент комиссуротомии возможны следующие осложнения:

фибрилляция желудочков
гипотензия и снижение сердечного выброса
снижение общего периферического сопротивления
тромбэмболия легочной артерии

При общей анестезии с искусственной гипотермией наблюдаются изменения:

увеличение времени свертывания и снижение метаболизма
уменьшение кровоснабжения внутренних органов
повышение сопротивления периферических и мозговых сосудов
увеличение клубочковой фильтрации и полиурия
сдвиг кривой диссоциации гемоглобина вправо и вниз

Доставлен в больницу сбитый автомашиной взрослый пациент в сознании с множественными переломами большеберцовой кости. Других повреждений не обнаружено. После коррекции перелома под общей анестезией у пациента не восстанавливается сознание. Наиболее вероятные причины этого состояния:

внутричерепная гематома
жировая эмболия
нарушения мозгового кровообращения, инсульт
наркотическая депрессия ЦНС
коматозное состояние, ушиб мозга

Гипотензия при использовании костного цемента метилметакрилата связана:

часто зависит от гиповолемии в сочетании с местной и общей температурной реакцией
происходит вследствие реакции гиперчувствительности на цемент
чаще отмечается при эндопротезировании тазобедренного сустава
реже наступает при тотальной в/в анестезии по сравнению с ингаляционной
усиливается при гиперкарбии

Репозицию отломков при переломе луча в типичном месте взрослому пациенту безопаснее выполнять под:

в/в тиопентал-натриевым наркозом

наркозом сомбревином, диприваном кетамином
местной анестезией с блокадой в место перелома (гематому)
проводниковой анестезией по Куленкампфу

Флегмону кисти целесообразно оперировать под:

местной инфильтрационной анестезией
внутривенным наркозом диприваном, кетамином
проводниковой анестезией -блокада плечевого сплетения
масочным наркозом фторотаном

При острой кровопотере уже в течение нескольких минут включаются компенсаторные реакции:

наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита
наступает гемодилюция с падением гематокрита
изменяется количество эритроцитов
интерстициальная жидкость перемещается в сосудистое русло
изменяется уровень гемоглобина

Перелому бедренной кости у взрослых обычно соответствует кровопотеря:

300-400 мл
800-1000 мл
2000-2500 мл
1000-1500 мл

Больной поступил в операционную в состоянии шока с открытыми переломами обеих бедренных костей без повреждения магистральных сосудов. АД - 60/40 мм рт.ст. ЧД - 24-26 в мин. Наиболее целесообразно в этой ситуации провести следующие срочные мероприятия:

катетеризировать магистральную вену,
взять 20 мл крови на лабораторный
анализ и определения группы крови,
измерить ЦВД .

начать инфузионную терапию,
аналгезию, стабилизировать АД
ввести катетер в мочевой пузырь,
учитывать почасовой диурез
по выведении из шока интубировать
больного и провести анестезию
разрешить операцию и продолжить
инфузионную и медикаментозную
терапии

Для индукции анестетиком выбора у больных с
невосполненной кровопотерей на фоне активной
волемической коррекции можно считать:

кетамин
изофлюран
пропофол (диприван)
фторотан
барбитураты

Больной поступил в операционную через 30 мин
после получения травмы с диагнозом
травматический отрыв нижней конечности на
уровне средней трети бедра. Наложена жгут. АД -
65/20 мм рт. ст. Наиболее целесообразно в этой
ситуации:

срочно начать операцию
срочно начать инфузионную терапию,
добиться стабилизации АД

срочно начать инфузионную терапию с
одновременным началом анестезии

4 провести оперативное вмешательство и
анестезию после стабилизации АД

В ближайшем послеоперационном периоде
гипотония может быть связана в большей степени
с:

передозировкой анестетика
болевым синдромом
транспортировкой больного
невосполненной кровопотерей,
гиповолемией или продолжающимся
кровотечением

К факторам, снижающим функциональные возможности организма и повышающие О-А риск у лиц пожилого и старческого возраста следует отнести:

эндокринной недостаточностью

пневмосклероз, эмфизема легких

коронарокардиосклероз, атеросклероз периферических сосудов

нарушения проводящей системы сердца пороки сердца, нарушения сократительной способности сердца

инволюция нейроэндокринной системы

Для пожилых людей характерны:

увеличение pCO_2 крови
ригидность грудной клетки, эмфизема легких

снижение paO_2 и уровня метаболизма
уменьшение общего белка

В терапии тяжелого травматического шока первоначальные усилия направляются:

на восстановление газообмена и ОЦК
на обезболивание
иммобилизацию переломов
коррекцию метаболизма и водно-электролитных расстройств
на коррекцию КОС

Наиболее глубокие расстройства газообмена наблюдаются:

при повреждениях груди с открытым пневмотораксом
при повреждении груди с клапанным пневмотораксом
при массивном гемотораксе
при повреждении грудной клетки с двусторонним пневмотораксом
при повреждении трахеи

При массивной кровопотере со снижением ОЦК на 30-40% через 60 мин с момента травмы:

наступает процесс гемодилюции со снижением гематокрита
происходит перемещение интерстициальной жидкости в сосудистое русло
нарастает анемия, гипопроотеинемия
наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита

Наиболее целесообразно использовать при перевязках у обожженных:

эндотрахеальный наркоз
масочный наркоз ксеноном (Xe:O₂)
продолгованную эпидуральную анестезию

внутривенный наркоз диприван-кетамин
местную анестезию, региональную анестезию

Наиболее точными критериями адекватности инфузионно-трансфузионной терапии при шоке являются:

величина ОЦК, ЦВД, почасовой диурез
Hb, Ht, количество эритроцитов
интегральные показатели системного транспорта кислорода
показатели тканевого дыхания
уровень сознания

Причинами развития необратимого шока при травме являются:

недостаточное по объему .темпу и качеству восполнение кровопотери
«фактор времени», тканевая гипоксия,
отсутствие обезболивания
ДВС синдром, "травматический эндотоксикоз"
гипергидратация кристаллоидами
назначение полиглюкина

Оптимальным вариантом обезболивания пострадавшего с множественной травмой опорно-двигательного аппарата на догоспитальном этапе и во время транспортировки является:

морфин или другой опиоид
N₂₀:O₂, кетамин

местная анестезия (межотломковая, регионарная)
масочный Хе:О2, аутоаналгезия
пентраном
иммобилизация

Наиболее вероятные лабораторные признаки при острой почечной недостаточности

снижение гематокрита
повышение калия сыворотки
метаболический ацидоз
гиперазотемия
гипергидратация, повышение ОЦК

Использование эпидуральной анестезии при простатэктомии:

адекватный метод для предотвращения кровопотери
возможно у пациентов старше 65 лет
редко вызывает гипотензию при расчетной дозе
противопоказана, если пациент принимает аспирин
противопоказано у пациентов с гипертонией

Послеоперационная олигурия бывает из-за:

специфического эффекта средств премедикации
гиповолемии
гистаминового эффекта
освобождения АДГ
гиперпродукции альдостерона

Оптимальными методами анестезии при операциях у пациентов с ОПН, являются:

анестезия Хе:О2 (60:40) +тракриум и ИВЛ
индукция диприваном (пропофола),
поддержание закись азота + фентанил
+тракриум и ИВЛ
спинальная анестезия с респираторной поддержкой
региональная анестезия (блокады)
внутривенные варианты анестезии

Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления

до 50- мм рт. ст.
до 60- мм рт. ст.
до 70- мм рт. ст.
до 80- мм рт. ст.
до 100- мм рт. ст.

Нормальная величина почечного кровотока у взрослого человека составляет:

1200 мл/мин
1100 мл/мин
1000 мл/мин
1800 мл/мин
400 мл/мин

Упрощенный способ определения скорости клубочковой фильтрации сводится к оценке:

пастозность лица, суточного диуреза
уровня мочевины в крови
креатинина в плазме
остаточного азота в крови
отеки

Транспорт кислорода к тканям у больных в терминальной хронической почечной недостаточности обеспечивается при анемии за счет:

увеличения минутного объема сердца
высокого общего периферического сопротивления
снижения сродства кислорода к гемоглобину
метаболического ацидоза
тахикардии

Для обеспечения транспорта кислорода к тканям концентрация гемоглобина в послеоперационный периоде должна составлять не ниже:

100 г/л
70 г/л
90 г/л
80 г/л
60 г/л

Для расчета допустимого объема гидратации в олигоанурической стадии острой почечной недостаточности руководствуются формулой:

суточный диурез + 200 мл жидкости

суточный диурез + 800 мл жидкости
суточный диурез + 600 мл жидкости
суточный диурез + 400 мл жидкости
суточный диурез + 1000 мл жидкости

В олиго-анурической стадии острой почечной недостаточности развивается:

метаболический алкалоз
декомпенсированный метаболический
ацидоз
смешанный ацидоз
рН снижается до 6.86
смешанный алкалоз

Барбитураты для индукции в наркоз у больных острой почечной недостаточностью применяются в дозах:

13-15 мг/кг
11-12 мг/кг
8-10 мг/кг
4-6 мг/кг

В олигоанурической стадии острой почечной недостаточности противопоказаны калийные соли антибиотиков группы пенициллина вследствие:

их нефротоксичности
высокой степени кумуляции
низкой эффективности
высокого содержания калия в плазме
большого

При чрезкожных пункционных вмешательствах на почке оптимальным вариантом анестезии является:

местная анестезия

кетамин внутривенно и внутримышечно
местная анестезия + седативные +
наркотические препараты
эпидуральная анестезия+ седативные
средства
эндотрахеальный способ ИВЛ и
внутривенный наркоз

Оптимальным вариантом анестезии при операциях на наружных половых органах и мочевом пузыре (эпицистотомия, цистолитотомия) является:

внутривенный наркоз

эндотрахеальный наркоз
спинальная анестезия
сакральная анестезия
эпидуральная анестезия

Антибиотики: бензилпенициллин, ампициллин,
карбенициллин:

обладают выраженным кумулятивным
действием
не имеют кумулятивного и
нефротоксического эффекта

обладают нефротоксическим эффектом
могут применяться при ОПН
обладают кумулятивным эффектом, без
нефротоксического эффекта

Антибиотики: аминогликозиды, гентомицин,
цепарин, кефзол, цефалоридин:

не оказывают действия на почечную
функцию

применять при ОПН нецелесообразно
могут вызвать умеренное токсическое
действие на почки
могут вызвать токсическое поражение
почек
не ведут к нефротоксическому
поражению

При нефрэктомии по поводу гигантских опухолей
почек возникают проблемы операционно-
анестезиологического риска, связанные с:

нарушением венозного возврата из-за
сдавления нижней полой вены при
наличии почечной позиции на
операционном столе
массивной кровопотерей
пневмотораксом из-за повреждения
диафрагмы при выделении опухоли
надпочечниковой недостаточностью из-
за повреждения или удаления
надпочечника
функциональной недостаточностью
контралатеральной почки

Основные показания к проведению гемодиализа
при ОПН являются:

гиперкалиемия

гиперазотемия
выраженная гипергидратация
выраженная анемия

некорректируемый метаболический ацидоз

К наиболее эффективным способам удаления воды у больных с острой ОПН относят:

диарею
стимуляцию потоотделения
промывание желудка
ультрагемофильтрацию
перитонеальный диализ

Проблемы анестезиологического обеспечения при операции трансуретральной резекции предстательной железы связаны с развитием осложнений в виде:

энцефалопатии, дезориентации
отека легких
тошноты, рвоты

гипонатриемии, гипоосмии, пастозности
сонливости, заторможенности

При однолегочной анестезии и проведения ИВ

перфузия в нижнем легком уменьшается
вентиляция в нижнем легком
уменьшается
соотношение вентиляция/перфузия
увеличено
физиологическое мертвое пространство
не изменяется
среднее давление в легочной артерии не
изменяется

Для лечения суправентрикулярной тахикардии, развившейся после пневмонэктомии показано применение

пропранолола

проведение массажа каротидного синуса
лидокаина
введение верапамила

Улучшение гемодинамики при внутри-аортальной баллонной контрпульсации включает:

уменьшение работы миокарда
увеличение коронарной перфузии
улучшение системной перфузии

увеличение диастолического давления
все перечисленные эффекты

Показаниями к электрокардиоверсии являются:

синусовая тахикардия
узловая брадикардия
желудочковая тахикардия
электро-механическая диссоциация

Низкий фиксированный сердечный выброс наблюдается при

аортальном стенозе
гиповолемии
острой кровопотере
легочном сердце
токсическом действии дигоксина

Нитроглицерин при инфузионном введении:

усиливает нейромышечную блокаду
усиливает гипоксическое сужение
легочных сосудов

понижает внутричерепное давление

может привести к метгемоглобинемии
прямым образом увеличивает
сократимость миокарда

Вероятными причинами сонливости и дезориентации больного с тяжелой эмфиземой после 2-х часового дыхания 100% кислородом являются:

вазоконстрикция сосудов мозга
гиперкапния
гипоксия мозга
начальные признаки токсичности
кислорода

Следует избегать премедикации атропином у больных с:

тяжелым митральным стенозом

повышенным внутричерепным давлением
глаукомой
гипотиреозом
принимающих блокаторы бета-адренорецепторов

Лечение желудочковой тахикардии, развившейся во время анестезии ,включает введение:

дигоксина
лидокаина
глюконата кальция
атенолола
верапамила

Причинами нарушений коагуляции после применения аппарата для искусственного кровообращения являются:

нереверсированный гепарин
снижение тромбоцитов
снижение фибриногена
повышение ионизированного кальция
недостаток витамина К

Снижение сосудистой резистентности происходит при:

феохромоцитоме
эпидуральной анестезии
анестезии кетамином
беременности
тиреотоксикозе

В электрокардиограмме QT интервал:

укорочен при гипокальциемии
не изменяется под действием дигиталиса
удлинен при гиперкалиемии
не изменен при гипохлоремии

К причинам развития мерцательной аритмии относятся:

митральный стеноз
кардиосклероз
тиреотоксикоз
ишемия миокарда
интоксикация дигоксином

К веществам, отягощающим легочную гипертензию, относят:

диазепам
фуросемид
морфин
кетамин
пропофол (диприван)

Увеличение физиологического мертвого пространства происходит при:

застойной сердечной недостаточности
ателектазе
легочной эмболии
эндотрахеальном наркозе

при использовании ларингеальной маски

Диагностика ишемии миокарда по данным мониторинга ST сегмента затруднена в присутствии:

гипертрофии левого желудочка
полной блокады сердца
лечения дигоксином
блокады правой ножки пучка Гиса
отека легких

В течение анестезии с однолегочной вентиляцией

FiO₂ должна быть не менее 50%
МОД при ИВЛ не должен снижаться

давление в дыхательных путях повышено
концентрация анестетика должна быть удвоена
продукция CO₂ растет

Пациентка жалуется на усиливающееся в течение нескольких лет диспноэ. При катетеризации сердца: АД 110/70, давление в легочной артерии 80/40, в правом предсердии 5 мм рт ст, давление заклинивания легочных капилляров 9 мм рт ст, давление в правом желудочке 80/5 мм рт ст, давление в левом желудочке 110/8 мм рт ст. Эти результаты характерны для:

митрального стеноза
сдавливающего перикардита
митральной недостаточности

идиопатической легочной гипертензии
первичного поражения миокарда

Для недостаточности аортального клапана
характерны:

артериальная гипотония
гипертензия малого круга
кровообращения
артериальная гипоксемия
снижение сердечного выброса
акроцианоз

Для стеноза митрального клапана характерны

систолический шум на верхушке
развитие легочной гипертензии
гипертрофия левого предсердия
увеличение сердечного выброса

При зондировании сердца у взрослых больных
предпочтительна анестезия:

барбитуратов
калипсола
мидазолама
местная инфильтрационная+седация
общая комбинированная

Премедикация у кардиохирургических больных
заключается в назначении препаратов:

снотворных, транквилизаторов
сердечных гликозидов
наркотического анальгетика за 40 мин до
перации
атропина
вазопрессоров

Введение препаратов калия целесообразно при
комплексной терапии:

желудочковой тахикардии
узловом ритме

частой желудочковой экстрасистолии
при брадикардии
при атрио-вентрикулярной блокаде

При пневмонии основным фактором в
возникновении гипоксемии является:

артерио-венозный шунт

поверхностное дыхание
гиповентиляция
повышение уровня метаболизма
нарушение негазообменных функций
легких

Наиболее точным способом диагностики
обструктивных изменений является
определение:

жизненной емкости легких
Ф.О.Е.
О.Е.Л.
пробы Тиффно

Парадоксальное дыхание возникает при:

пневмонии
управляемой вентиляции
ателектазе
пневмотораксе
ларингоспазме

В каком случае риск анестезии и операции
наименьший?

стенокардия напряжения и покоя
начальные признаки сердечной
недостаточности
полная поперечная блокада
инфаркт миокарда в анамнезе (4-6
месяцев назад)
выраженный стеноз аорты

При гипотермии обычно происходит:

повышение растворимости газов в
плазме
увеличение сопротивления в сосудах
мозга
снижение потребности в кислороде
повышение тканевого метаболизма
повышение а-в разницы по O₂

Защита миокарда от гипоксии во время
манипуляций на "открытом" сердце может
осуществляться при помощи:

гипотермической коронарной перфузии
холодовой кардиopleгии
комбинированной холодной и
химической кардиopleгии
медикаментозной поддержкой

применением кардиопротективного
анестетика

При развитии постперфузионного синдрома
происходит развитие:

тканевой гипоксии
метаболического ацидоза
тканевого окислительного стресса
проникновение ионов Са в миоциты
повышение осмолярности в тканях и
задержка эндогенной воды

Имплантация искусственного водителя ритма
показана при:

атриовентрикулярной блокаде III степени

полной атриовентрикулярной блокаде
слабости синусового узла
при мерцательной аритмии
при пароксизмальной тахикардии

При фибрилляции желудочков необходимо в
первую очередь:

нанести удар кулаком в область
прекордиума
провести электродефибрилляцию
(кардиоверсию)
начать ИВЛ мешком АМБУ с O₂
подготовить лидокаин
подготовить вазопрессоры

При развитии полной атриовентрикулярной
блокады следует применять:

атропин
адреномиметический препарат
водитель ритма
подготовить оборудование для
интубации и ИВЛ
дать кислород

После операции на "открытом" сердце нередким
осложнением является:

гемолиз
нарушение ритма
нарушения свертываемости крови

развитие постперфузионного синдрома
гипотензия

В момент комиссуротомии наиболее вероятно развитие:

снижения сердечного выброса
воздушной эмболии артериального русла
коллапса вследствие снижения общего периферического сопротивления
аритмии
кровопотери

Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью:

применения перкуSSIONно-вибрационного массажа грудной клетки
ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей
применения санационной бронхоскопии
адекватной регидратации
назначения растворов калия и фосфора

Во время однолегочной вентиляции важно учитывать, что:

степень шунта усиливается при тяжелом легочном заболевании
ДО обычный если давление в дыхательных путях не повышается в невентилируемом легком
целесообразно использовать ППД
необходимо использовать гипероксическую смесь

поддерживать оптимальные режимы ИВЛ

Абсолютным показанием к использованию двухпросветных трахеальных трубок являются:

резекция бронхоэктатического сегмента
устранение бронхоплевральной фистулы
кровотечение из легкого
резекция гигантской кисты легкого
центральный рак легкого

Неблагоприятные лекарственные реакции при анестезии:

зависят от активации тучных клеток и выброса гистамина

обусловлены реакцией антиген-антитело, даже если анестетик дан впервые

медиатором является IgG

могут быть связаны с генетической предрасположенностью

показано накожное тестирование с целью выявления повышенной реакции

В случаях трудной интубации в плановой хирургии следует придерживаться следующего алгоритма действия:

провести не более 2-3 попыток интубации в пределах действия первой дозы миорелаксанта деполяризующего действия

вызвать зав.отделением или старшего анестезиолога-реаниматолога

пробудить пациента и восстановить спонтанное дыхание

объяснить ситуацию старшему анестезиологу. Допустимо провести повторную попытку с учетом особенностей ларингоскопической картины или провести интубацию с использованием фиброоптической техники

при безуспешности попыток плановую операцию отложить

Трудную или невозможную интубацию можно прогнозировать при наличии:

признаков 3-го или 4-го класса по классификации Малампати
грудино-ментальным расстоянием менее 12 см

щитовидно-ментальным расстоянием менее 6 см

открытием рта менее 4 см
при ларингоскопической картине по Кармак- Лихейну 3-4 класса

При трудной интубации в экстренной хирургии необходимо придерживаться следующего алгоритма действий:

выполнить не более 2-3 попыток к интубации с приемом Селика в пределах действия одной дозы миорелаксанта

пригласить на помощь старшего врача анестезиолога-реаниматолога, пробудив больного и восстановив его спонтанное дыхание в полном объеме

после выяснения технических особенностей неудачных попыток допустимо выполнить повторную попытку интубации при условии сохранения адекватного газообмена или использовать фиброоптическую технику

при неудаче провести наркоз с использованием ларингеальной маски с сохранением спонтанного дыхания , при абсолютных показаниях к эндотрахеальному наркозу выполнить превентивную трахеостомию с согласия больного

437.

Доставка O₂ к миокарду зависит от:

конечно-систолического объема левого желудочка
концентрации гемоглобина и степени его насыщения O₂
частоты сердечных сокращений
диастолического артериального давления

Касательно выбора оптимального варианта анестезии у больного с одонтогенным воспалительным процессом (абсцессом, флегмоной глотки)

региональная анестезия в сочетании с седативными и центральными анальгетиками
внутривенный наркоз кетаминот с самостоятельным дыханием

при острых нарушениях дыхания -
превентивная трахеостомия под местной
анестезией, затем общая анестезия
вводный наркоз барбитуратами с
введением сукцинилхолина, интубацией
и ИВЛ
интубация через нос вслепую с
последующем общей анестезии

У 5-летнего ребенка кровотечение после плановой
адено-тонзиллэктомии. Необходима
хирургическая остановка кровотечения.
Оптимальным вариантом анестезии является :

внутривенная индукция и анестезия
кетаминем со спонтанным дыханием

комбинированный эндотрахеальный
наркоз с ИВЛ с инфузионной поддержкой
регионарная анестезия
индукция
диприваном, листеноном, интубация, ИВЛ,
поддержание диприван (пропофол) +
фентанил

Выбор анестезиологической техники при
микрохирургических операциях на гортани и
голосовых связках:

обычный комбинированный
эндотрахеальный наркоз с трубкой №5- 6
без манжеты с ИВЛ

внутривенный наркоз (диприван,
кетамин), листеноном, интубация
эластичным тонким полым проводником
с проведением инъекционной ИВЛ
внутривенный наркоз с миоплегией
листеином, с инъекционной ИВЛ через
катетер. проведенный через перкутанный
прокол щитовидно-перстневидной
мембраны
комбинированный наркоз через
превентивную трахеостому

выбор определяется наличием
необходимых технических условий, опыта
и навыков хирургической и
анестезиологических бригад и объема
оперативного вмешательства

Мандибулярный нерв

блокируется при входе в отверстие нижней челюсти выше и позади 3-го моляра
при блоке дает анестезию всех нижних зубов с этой стороны
успешный блок дает частичную анестезию языка

заканчивается снижением чувствительности в коже нижней губы

У пациента с карциномой гортани при анестезии возможны специфические особенности

традиционная оротрахеальная интубация бывает нецелесообразной
интубация может быть произведена через превентивную трахеостому
возможна инъекционная вентиляция легких

гипотензия и аритмии возникают наиболее часто при мобилиации гортани из-за травматизации каротидных зон

Перитонзиллярный абсцесс наиболее безопасно пунктировать или вскрыть:

под местной анестезией путем пункции абсцесса в размягченной части введения раствора лидокаина в полость абсцесса с антибиотиком с последующим отсасыванием гноя, промыванием полости или его вскрытия
под внутривенным сомбревиновым наркозом
под кетаминным наркозом
под барбитуровым наркозом
под наркозом фторотаном

При недостаточном открытии рта интубация трахеи при различных оперативных вмешательствах в хирургии возможна:

через превентивную трахеостому под местной анестезией с помощью фиброскопа

назотрахеальная интубация «вслепую»
можно провести внутривенную
анестезию и операцию с сохранением
спонтанного дыхания и
назофарингеальным воздуховодом

выбор вариантов анестезии определяется
характером заболевания и видом
операции

Наркоз при операции в полости рта без интубации
трахеи более целесообразно провести:

кетамином
НЛА + седуксеном в сочетании с местной
анестезией
пропофолом (диприваном) в сочетании с
местной анестезией
фторотаном
этраном

При обработке нескольких зубов под наркозом
кетамином наиболее вероятным осложнением
может быть:

бронхиолоспазм от аспирации костной
пыли
асфиксия от западения языка
тризм жевательной мускулатуры
тошнота, рвота
судороги

При выраженном стенозе гортани с опасным
расстройством дыхания срочную интубацию
можно провести:

путем прямой ларингоскопии после
введения сукцинилхолина

инъекционную ИВЛ можно проводить
через кожную микротрахеостомию
путем прямой ларингоскопии при
спонтанном дыхании
через экстренно выполненную
трахеостому

После окончания операции на гортани могут
возникнуть расстройства дыхания по причине

нарушения иннервации мускулатуры
языка, мягкого неба, глотки

от остаточной наркотической депрессии
и миоплегии

отека мягких тканей в зоне операции,
подслизистого отека гортани, глотки

ограничения движений грудной клетки
другие причины

Показанием к трахеостомии у больных при
операциях с челюстно-лицевой патологией
являются:

рубцовые изменения передней
поверхности шеи
полная невозможность открыть рот
недоразвитие нижней челюсти, синдром
Пьера-Робина

положения верны если нет условий
применить эндоскопическую технику
невозможность обеспечить адекватную
вентиляции при тяжелом воспалительном
процессе

При операции по поводу распространенного
полипоза голосовых связок для обеспечения
адекватной вентиляции легких предпочтение
следует отдать:

интубации трахеи трубкой диаметра № 6
с надувной манжеткой
инжекционная вентиляция легких O₂
оротрахеальным методом через полый
проводник на фоне в\в анестезии и
миоплегии
инжекционная перкутанная
транстрахеальная ИВЛ на фоне в\в
анестезии и миоплегии
гипервентиляцию O₂ через маску на фоне
наркоза, затем-ларингоскопия и
хирургическое вмешательство
общая анестезия через трахеостому

Ретробульбарный блок:

безопасней перibuльбарного блока
вызывает миоз
предотвращает слезотечение
снижает внутриглазное давление
увеличивает вероятность проляпса
стекловидного тела

Окулокардиальный рефлекс может быть причиной:

гипертензии
гипотензии и брадикардии
тахикардии
остановки сердца
имеет вагусную природу

Окулогастральный рефлекс проявляется:

болями в эпигастрии
изжогой
отрыжкой
икотой и рвотой

Для предупреждения окулокардиального рефлекса эффективны:

ретробульбарная анестезия
применение альфа-адреноблокаторов
атропин
ганглиолитики
нейроплегика

Больному 60 лет предстоит операция по поводу катаракты. В премедикацию следует ввести:

морфин
атропин
дроперидол
седуксено или дроперидол
анаприлин

Деполаризирующие миорелаксанты в период фибрилляции способны

резко понижать внутриглазное давление
вызвать аритмию сердца

не изменять внутриглазное давление
повысить внутриглазное давление
понижить внутриглазное давление

При тяжелой закрытой ЧМТ:

ВЧД зависит от артериального кровяного давления
повышение ВЧД прямо пропорционально приложенному РЕЕР

фиксированные дилатирующие зрачки
всегда указывают на тяжелую травму
мозга
лечение включает гипервентиляцию с
PaCO₂ 3,0 kPa(23 mm Hg)
истечение цереброспинальной
жидкости должно быть остановлено
немедленно

При нарушенной ауторегуляции, кровотока мозга
находится под влиянием

PaCO₂
среднего артериального давления
внутричерепного давления
величины гематокрита
характера дыхания

У больного с низкой внутричерепной
податливостью давление цереброспинальной
жидкости увеличивается под прямым
воздействием:

гиперкарбии
гипоксии
фторотана
позиции тела
степени гидратации

В модуляции болевых импульсов участвуют
следующие вещества:

серотонин

гамма-аминобутировая кислота (GABA)
энкефалины
лактаты
пируаты

Повышенное внутричерепное давление
уменьшается под действием

недеполяризующих миорелаксантов
фторотана
кетамин
маннитола внутривенно
сукцинилхолин

При воздушной эмболии легочной артерии
развивается:

артериальной гипотензии
воротничкообразный цианоз
гипоксия

падение сосудистой резистентности
снижение ЦВД

Введенные эпидурально опиоиды могут вызвать:

в высоких дозах вызывают
продолжительную депрессию дыхания
могут вызвать зуд кожи
задержку мочеиспускания
судороги
галлюцинации

Методы снижения внутричерепного давления
включают

нитропруссид натрия
желудочковый дренаж
изофлюран
манитол
нимодипин

При лечении повышенного внутричерепного
давления при тяжелой закрытой травме головы
наиболее эффективно

проведение умеренной гипотермии
введение барбитуратов
применение манитола

проведение управляемой вентиляции
положение Фовлера

В диагнозе смерти ствола мозга выделяют ряд
существенных признаков:

калорическая проба используется для
оценки сохранности V-го черепно-
мозгового нерва

отсутствие нейромышечной блокады
необходимо подтвердить стимуляцией
периферического нерва

ЭЭГ на изоэлектрической линии является
патогномоничным признаком
могут наблюдаться рефлекторные
движения в ногах
отмечается брадикардия

Для снятия судорог, появившихся после удаления
кортикальной менингиомы применяют:

инфузию барбитуратов

маннитол, проведение гипервентиляции
миорелаксанты
сернокислая магнезия
фенитоин, хлоразепам

Наиболее удобным методом временного снижения внутричерепного давления перед операцией является:

гипервентиляция
введение нитропруссид натрия,
ганглиоблокаторов

введение маннитола и пропранолола
введение барбитуратов и седуксена
спинальный дренаж

К типичным симптомам повышенного ВЧД относятся

рвота
снижение зрения
головокружение
отек соска зрительного нерва
вертикальный нистагм

Кровоток мозга

непосредственно зависит от сердечного выброса
2 снижается при гипотензии ниже 75 мм рт ст, вызванной кровотечением

имеется ауторегуляция при значении среднего АД от 40 до 180 мм рт ст.
не изменяется от положения тела
определяет конгитивные функции

Следующие осложнения типичны при дислокации ствола мозга:

гипотония
апноэ
замедленное пробуждение
брадикардия
нарушение сердечного ритма

Среди причин длительного нарушения сознания после анестезии у нейрохирургических больных наименее вероятной можно считать:

отек мозга

внутричерепную гематому
кровоизлияние в желудочки мозга
спазм мозговых сосудов
наркотическую депрессию

Нейровегетативная блокада после операции на головном мозге показана:

при гипертермии
при артериальной гипертензии
при брадикардии или тахикардии
при метаболическом ацидозе
при гипоксии

При внутричерепных операциях уменьшение объема мозга можно достичь:

умеренной гипервентиляцией
внутривенным введением маннитола
внутрижелудочным введением
глицерина
гипотермией

Основными признаками спинального шока являются:

относительная гиповолемия
гипертензия и тахикардия
гипотензия и брадикардия
снижение температуры
бледность

У больного с повреждением спинного мозга в шейном отделе возникли нистагм, рвота, нарушение глотания, дизартрия и нарушение зрения. Это указывает на:

сдавления вертебральных артерий
синдрома ликворной гипотензии
восходящего отека спинного мозга
абдоминальную патологию

Больная с травмой шейного отдела позвоночника и спинного мозга с гиподинамией кровообращения готовится к экстренной декомпрессионно-стабилизирующей операции. Из методов анестезии допустимым является применение:

ингаляционного наркоза с релаксантами и ИВЛ

в/в комбинированной анестезии (НЛА, атаралгезия) с релаксантами и ИВЛ наркоза N2O + оксибутират натрия, фентанил, релаксанты, ИВЛ кетамин-седуксенового наркоза при спонтанном дыхании

Патофизиологической основой применения кортикостероидов при черепно-мозговой травме является:

повышение уровня сахара в крови
противовоспалительное действие
уменьшение проницаемости клеточных мембран
задержка натрия

Суточную калорийную потребность у больных с черепно-мозговой травмой предпочтительнее покрывать

парентерально без коррекции метаболизма
парентерально с коррекцией метаболизма

энтерально без коррекции метаболизма

энтерально с коррекцией метаболизма

Ограничение показаний к парентеральному питанию у больных с черепно-мозговой травмой связано с:

нарушением проницаемости гемато-энцефалического барьера
наличием центральной гипертермии
изменением иммунного статуса

неясной степенью послеоперационного гиперметаболизма
уровнем исходного метаболизма

Искусственная гипотермия у больных с диэнцефальной формой черепно-мозговой травмы вызывает:

уменьшение продукции углекислоты в организме

снижение потребности мозга в кислороде
уменьшение катаболизма
уменьшение отека мозга

Развитию "стоп-феномена" (прекращения кровотока в сосудах мозга) при черепно-мозговой травме способствуют:

высокое внутричерепное давление
артериальная гипотензия
отек мозга
высокое артериальное давление
спазм сосудов мозга

При ишемическом инсульте показано введение:

реополиглюкина, гемодеза
полиглюкина, 20% р-р глюкозы
спазмолитиков и дезагрегантов
ноотропы
блокаторы Са

Сразу после развития геморрагического инсульта необходимо

гепарин
гипотензивные средства
нейроэнергетики (нообразин и др.)
гемостатики

Неотложное лечение комы при микседеме включает

гидрокоризон внутривенно
искусственную вентиляцию
внутривенно трийодтиронин (Т3)
инфузионная терапия

Гипогликемия проявляется следующими клиническими признаками

тахикардией
гиперактивностью рефлексов
медленным глубоким дыханием,
бледностью
гипотонией

В лечении послеоперационного тиреотоксического криза показано применение

седации
плазмафереза
кортикостероидов
пропранолол (анаприлин)

Гипопаратиреозидизм после тиреоидэктомии характеризуется

гипотермией
вялостью скелетной мускулатуры
брадикардией
судороги, тетания
гиперкальциемией

У больного с острой перемежающейся порфирией в стадии криза возникают следующие симптомы:

кома
параличи
острые боли в животе
delirium

Больной с тяжелым гипотиреозом представляет сложную проблему для анестезии вследствие того, что:

период полураспада анестезирующих препаратов удлинен
сократительная сила миокарда уменьшена
действие вазопрессоров снижено
послеоперационная седация может быть пролонгированной
уровень основного обмена снижен

Для нелеченных больных с гипотиреозом характерны:

резистентность к гипнотикам
задержка восстановления сознания после анестезии
повышенная чувствительность к недеполяризующим релаксантам
низкий вольтаж зубцов Т на ЭКГ
миокардиодистрофия

При миастении гравис:

она связана с увеличением вилочковой железы
нарушается механизм мышечного сокращения

меньшее количество ацетилхолина высвобождается из нервных окончаний
эмоциональный стресс может увеличивать слабость мышц
на поздних стадиях болезни часто вовлекается миокард

К гормонам коры надпочечников, влияющим на углеводный, жировой и белковый обмен, относятся:

дезоксикортикостерона ацетат(ДОКСА)
адреналин
эстрадиол
кортизон

Гипофиз влияет на секрецию

мозгового вещества надпочечников
коркового слоя надпочечников
поджелудочной железы
гипоталамуса

Наиболее вероятной причиной судорог, развивающихся через 8 часов после субтотальной струмаэктомии, является

ацидоз и гипергликемия
удаление или повреждение
паращитовидных желез
тиреотоксический криз
гипокальцемиа

Причиной гиперкалиемии может быть:

массивного переливания
консервированной крови

травмы с большим разрушением тканей
действия анаболических гормонов
внутрисосудистый гемолиз

недостаточности коры надпочечников

Наиболее частым признаком синдрома Иценко - Кушинга является:

гирсутизм
багровые полосы на коже
ожирение
гипотензия
остеопороз

При недостаточности минералокортикоидной функции коры надпочечников умеренно высокий уровень натрия в моче объясняется:

уменьшением содержания солей в организме
почечной недостаточностью

сопутствующими внепочечными потерями натрия

неспособностью почечных канальцев адекватно реабсорбировать Na⁺ увеличением клубочковой фильтрации натрия

Анестезиологическая тактика при удалении феохромоцитомы должна учитывать ряд важных моментов:

до операции для снижения исходного высокого давления назначают специфические адrenoблокаторы (реджитин, тропafen) после индукции в наркоз устанавливают инфузию специфических адrenoблокаторов для профилактики гипертонического криза в период выделения опухоли после удаления опухоли нередко развивается коллапс, который должен быстро устраняться в/в введением гипертензиногена

в послеоперационном периоде в течение нескольких дней может быть гипотония, которая устраняется волеической коррекцией и вазопрессорами

Предоперационной подготовкой больных с феохромоцитомой феноксibenзамином достигается:

уменьшение клинических симптомов
снижение артериального давления
исчезают кризовые состояния

после устойчивой стабилизации гемодинамики назначают день операции

Во время операции по поводу феохромоцитомы следует быть готовым к проведению гипотензивной терапии, а после удаления опухоли к гипертензивной терапии на операционном столе. В этой связи пациенту показаны:

применения альфа-адреноблокаторов (тропрофен, реджитин, фентоламин)
применение вазопрессоров (допамин, гипертензиноген)
проведение комбинированного эндотрахеального наркоза с ИВЛ и кардиомониторинг
дигитализация
интенсивная терапия и наблюдение в п/о периоде

У больного с тяжелым тиреотоксикозом операцию целесообразнее проводить

под многокомпонной общей анестезией N₂O в сочетании с НЛА

под масочным наркозом N₂O + фторотан
под местной инфильтрационной анестезией с НЛА
под внутривенным наркозом калипсол + седуксен

Во время последнего триместра беременности:

функциональная остаточная емкость увеличивается
гематокрит снижается
объем крови уменьшается
общее периферическое сопротивление снижается
опорожнение желудка ускоряется

Профилактика регургитации и аспирации у больной, назначенной на Кесарево сечение состоит:

введение перед операцией цитрата натрия
запрещение приема внутрь в течение 4х часов перед операцией
проведение приема Селика

блокада H₂ рецепторов перед операцией
опорожнение желудка через зонд

Эпидуральная анальгезия местными анестетиками в акушерстве

не вызывает депрессии дыхания новорожденного

облегчает управление артериальным давлением при преэклампсии

не влияет на функцию мочеиспускания
вызывает расслабление матки
уменьшает проявления компрессии
полной вены

Внутривенное введение сульфата магния при лечении преэклампсии может привести к:

снижению сократимости матки
угнетению сократимости миокарда
снижению АД

устранению предсудорожного состояния

потенцированию действия
деполяризующих и недеполяризующих
миорелаксантов

Плацентарный кровоток

не зависит от среднего АД
снижается при гипоксии
имеет местную ауторегуляцию

повышается при ингаляции Xe:O₂ смеси

Для последнего триместра неосложненной беременности характерны следующие показатели крови:

увеличение объема циркулирующей плазмы
увеличение объема циркулирующей крови
снижение гематокрита
появление отеков
повышение АД

Основными функциями плаценты являются:

газообмен
питание
синтез фетальных белковых фракций
задержка продуктов метаболизма
синтез гормонов

Оптимальным вариантом анестезии при Кесаревом сечении у беременной, больной сахарным диабетом, является

эпидуральная анестезии с вентиляторной поддержкой
спинальная анестезия
эндотрахеальный наркоз с ИВЛ
масочная анестезия фторотаном
сакральная анестезия

Доза кетамина, используемая для внутримышечного введения при обезболивании родов, составляет

2 мг/кг
12-16 мг/кг
10 мг/кг
3-6 мг/кг
17-20 мг/кг

Клиническими проявлениями синдрома Мендельсона являются:

быстро наступающего бронхоспазма
цианоза, набухания шейных вен

гипертензии, сменяющейся коллапсом
снижения ЦВД
судороги

К препаратам для проведения вводного наркоза при кесаревом сечении у беременных эклампсией или преэклампсией относятся:

кетамин
ГОМК
сомбревин
барбитураты

Наиболее болезненным моментом при производстве операции искусственного аборта является:

пункция локтевой вены
захват передней губы пулевыми щипцами

разрушение и удаление плодного яйца
расширение канала шейки матки

Терапия при эклампсии состоит в:

устранении судорожного синдрома и артериальной гипертензии

снижении внутричерепной гипертензии

сохранении гомеостаза и улучшения
реологии крови
гипергидратации кристаллоидными
растворами
защита плода

У роженицы во время родов отмечалось
повышение АД, тахикардия, затем возникли боли
за грудиной, страх смерти, затруднение дыхания,
цианоз. Через 2 часа после рождения мертвого
плода возник отек легких, ДВС. Ваш
предположительный диагноз?

эклампсия
эмболия околоплодными водами
инфаркт миокарда
тромбоэмболия легочной артерии
инфаркт легкого

При эмболии околоплодными водами
необходимы

эндотрахеальный наркоз, ИВЛ

быстрое оперативное родоразрешение,
антикоагулянты, ЭКГ
подавление фибринолиза,
инфузионная терапия

искусственная гипотензия, O₂, ПДКВ через
пары спирта, антикоагулянты сердечные
гликозиды фибриноген, O₂
родоразрешение через естественные
пути

Комплекс интенсивной терапии при легкой
степени асфиксии новорожденного включает:

обеспечение проходимости дыхательных
путей

ингаляцию O₂ с помощью маски и ИВЛ
хлористый кальций 10% - 3 мл и 40% - 6
мл глюкозы через пуповину
интубацию трахеи, ИВЛ и закрытый
массаж сердца

гидрокарбонат натрия 4-5 мл 5% раствора

Комплекс интенсивной терапии при средней степени асфиксии новорожденного включает:

аспирации слизи из дыхательных путей
масочной вентиляции легких с
кислородом

медикаментозной стимуляции дыхания
по способу Л.С.Персианинова
закрытого массажа сердца
введения аналептиков, интубации трахеи
и ИВЛ

Наиболее вероятные причины развития аритмии сердечной деятельности и остановки сердца при использовании деполяризующих миорелаксантов у детей:@

развитие метаболического алкалоза
деполяризующее влияние на нервно-
мышечные пластинки миокарда

влияние на мионевральные синапсы
миокарда продуктов распада релаксанта

стимуляция холинэргических рецепторов
и высвобождение ионов калия
гипоксический фон

Относительно педиатрической анестезии следует учитывать ряд факторов:

нормальный дыхательный объем 4 кг
младенца 50-60 мл

идеальный внутренний диаметр
интуб.трубки для ребенка 6 лет- 4 мм
объем крови у 4 кг младенца
приблизительно 500 мл
нормальная доза неостигмина 0,04-0,08
мг/кг

новорожденные более чувствительны к
сукцинилхолину, чем старшие дети

Ребенок 6 недель, страдающий пилоростенозом, назначен на пилоромиотомию. Отметьте методику, которую не следует применять :

внутривенная индукция тиопенталом

внутривенная инфузионная терапия 0.9%
хлористым натрием
атропин для премедикации
интубация с применением
недеполяризующего миорелаксанта

вентиляция кислородом и фторотаном

Мальчику 5 недель с весом 4.1 кг с истощающей
рвотой. Планируется выполнить
пилоротомию. Укажите на негативные
стороны предполагаемых действий анестезиолога:

у пациента вероятно имеется
гипокалиемия и алкалоз
интубация с применением
сукцинилхолина
интубация должна проводиться с
использованием приёма Селика
в качестве вводного наркоза
использовать ГОМК
опорожнить желудок зондом

У новорожденного, страдающего стенозом
привратника, весьма вероятное исходное
нарушение показателей гомеостаза:

метаболического алкалоза и
гипохлоремии
метаболического ацидоза при сниженной
осмоляльности плазмы
дегидратации и гиповолемии
гипергликемии
гипокальцемии

Атропин, введенный ребенку внутримышечно в
качестве премедикации может вызвать:

увеличение секреции водородных ионов
в желудке
сухость во рту и снижение секреции
мерцательного эпителия
миоз

повышение ректальной температуры
седацию

Дыхательный объем новорожденного составляет:

50 мл
15-20 мл

25-35 мл

15-25 мл

Охлаждение тела новорожденных во время операции вызывается главным образом следующими причинами:

инфузией и трансфузией холодных сред
полуоткрытым контуром и наружным
охлаждением

дыханием по системе закрытого контура
перспирацией

Быстрое внутривенное введение кетамина может привести:

к появлению судорог
к резкому снижению АД
к появлению саливации
к резкому угнетению дыхания

При хирургической стадии мононаркоза кетамином сохраняется

горизонтальный и вертикальный нистагм
спонтанное дыхание
реакция на болевое раздражение
глоточные и гортанные рефлексы
выраженное слезотечение

Длительная истощающая рвота при стенозе привратника приводит:

к декомпенсированному алкалозу
гипохлоремии
к судорогам (тетании)
к нарушениям сознания
эйфории

К наиболее характерным клиническим признакам II стадии кетаминового наркоза у детей относятся:

отсутствие сознания
глазные яблоки фиксированы, зрачки
сужены
тенденция к тахикардии, умеренная
гипертензия
гипотермия

К наиболее характерным признакам III стадии кетаминового наркоза при внутримышечном введении относятся:

фиксация глазных яблок
редкое и глубокое дыхание
гиперемия лица, слизистых
нистагм, отсутствие слезотечения
сужение зрачка до "точечного»

К наиболее характерным осложнениям кетаминового наркоза у детей относятся:

гипертонус, гиперсаливация
психомоторное возбуждение
галлюцинации
аллергические проявления

В основе гемодинамических изменений при кетаминовом наркозе лежат:

кардиодистимулирующий эффект
повышение активности симпатическо-адреналовой системы
кардиотонический эффект кетамина

повышение активности центра регуляции тонуса блуждающего нерва

В основе нарушения дыхания при кетаминовом наркозе у детей лежат:

расслабление жевательных мышц,
западение языка
обтурация бронхов мокротой
гиперсаливация

изменение растяжимости легочной ткани
бронхоконстрикция

Причиной брадикардии при использовании фентанила является

кардиодепрессивный эффект
стимуляция вагального рефлекса
усиление рефлексов Бейнбриджа
блокада симпатических ганглиев

Высокие дозы фентанила могут вызвать у ребенка:

артериальную гипотонию, брадикардию
судороги
угнетение дыхания
гипертермию

Основные эффекты дроперидола

нейро-вегетативная стабилизация
аналгетический эффект
противорвотный эффект
противоаритмическое действие

При использовании дроперидола у детей
возможны следующие эффекты:

вазоплегия
гипотония

развитие синдрома "малого выброса"

прямой миокардиодепрессивный эффект
гиперметаболизм

Максимальный эффект дроперидола наступает у
детей через:

6 мин
8 мин
3.12 мин
15 мин
20 мин

"Двойной" блок при применении
деполяризующих релаксантов у детей может
возникнуть:

после введения больших доз
сукцинилхолина
после введения первой дозы
сукцинилхолина
при последовательности введения:
тубарин, сукцинилхолина
после последующего введения
недеполяризующего релаксанта

Премедикация кетамин + дроперидол + атропин
вызывает у детей:

увеличение ударного объема крови
гипергидроз
умеренное увеличение выброса
катехоламинов
выраженный седативный эффект

Наиболее быструю анестезию с точки зрения
коэффициента растворимости "кровь-газ"
вызывают

фторотан
эфир

ксенон (Xe)
этран
N₂O

Высокие дозы фентанила могут вызвать у ребенка:

артериальную гипотонию
брадикардию
угнетение дыхания
усиление кашлевого рефлекса
судороги

Снижение уровня псевдохолинэстеразы в плазме может быть в результате следующих причин:

при циррозе печени
при опухолевых процессах
при отравлении инсектицидами

Патологическое ожирение связано с уменьшением

жизненной емкости
резервного объема выдоха
функциональной остаточной емкости
снижением ЦВД
увеличением СИ

Острая перемежающаяся порфирия связана с

болями в животе
лечением барбитуратами

параличом дыхательной мускулатуры
гектической лихорадкой
олигурией

Пациент, страдающий артериальной гипертензией принимает тиазидный диуретик и атенолол (100 мг в сутки). Больному предстоит большая операция на желудке. Анестезиологу следует:

заменить атенолол блокатором кальциевых каналов
продолжить получаемое больным атенолол
вводить в/в бета-блокатор в течение операции
вводить не более 5 мл/кг/час кристаллоидов во избежание перегрузки жидкостью

продолжительность действия атенолола
6-9 час

Вероятные причины блокады правой ножки пучка
Гиса

легочная эмболия
микседема
инфаркт миокарда
миокардиодистрофия
вариант нормы

После развития инфаркта миокарда у пациента
синусовый ритм, ЧСС 80 в мин и АД 110/70. На ЭКГ
выявлена мультифокальная желудочковая
экстрасистолия 10 в мин. Необходимая терапия
включает:

атропин 0,6 мг в/в
пропранолол 1 мг в/в
кислородотерапия
лидокаин 100 мг в/в
дигоксин

У больного, страдающего нелеченной
гипертонической болезнью, произошло
повышение АД на операционном столе до
210/140. Больной испытывает ощущение
головокружения, мелькания "мушек" в глазах.
Правильная тактика при плановой операции
состоит:

операцию следует отменить в связи с
клиникой гипертонического криза
провести антикризовый курс терапии на
операционном столе

провести плановую подготовку к
операции подбором гипотензивных
препаратов в профильном отделении

после снижения АД на операционном
столу провести анестезию и операцию
провести анестезию и операцию в
условиях управляемой гипотензии

Укажите критерии тяжести больного при закрытой
черепно-мозговой травме

атония, арефлексия
ликворея из слуховых ходов

фиксированные расширенные зрачки
рекомендуются кортикостероиды

В диагнозе смерти ствола мозга имеют значение дополнительные условия:

Признаками улучшения гемодинамики при внутриартериальной баллонной контрпульсации являются:

Терапия больного с острой левожелудочковой недостаточностью должна включать:

Начальными признаками действия маннитола являются

показана ИВЛ в режиме гипервентиляции

клинические критерии непригодны у больного в состоянии гипотермии

калорическая проба используется для оценки сохранности V черепных нервов

отсутствие нейромышечной блокады должно быть подтверждено стимуляцией периферического нерва
могут наблюдаться рефлекторные движения в ногах

изоэлектрическая линия на ЭЭГ является патогномоничным признаком

уменьшение работы миокарда
уменьшение потребности миокарда в кислороде
увеличение коронарной перфузии
улучшение системной перфузии

увеличение диастолического давления

ИВЛ с ПДКВ
инфузию глицерилтринитрата (нитроглицерина)
ингибиторы фосфодиэстеразы
в/в введение морфина
фуросемид

повышение вязкости крови
повышение гематокрита

уменьшение интерстициального отека
увеличение объема крови
гемолиз

Гиперкапния вначале вызывает

повышение артериального давления

гиперемию кожных покровов, потливость
повышение ВЧД
снижение диуреза
гипокалиемию

Характерными признаками острого панкреатита являются:

гипохлоремия
боли, паралитическая непроходимость
кишечника
гипокальциемия
снижение диастазы мочи
диссеминированное внутрисосудистое
свертывание крови

Развитие острого респираторного дистресс-синдрома связано с:

тяжелой комбинированной травмой
распространенными ожогами
геморрагическим шоком
ОПН
общей гипергидратацией и
интерстициальным отеком легких

Признаками утопления в пресной воде являются:

гемолиз
спадение альвеол, асфиксия
аритмия сердца
артериальная гипотензия
судороги

При остром отравлении бензодиазепинами необходимо:

промывание желудка

введение внутрь активированного угля
внутривенно флумазенил, ИВЛ
осмотический диурез
внутривенно дезоксикортикостерон

Критерием эффективности сердечно-легочной реанимации является:

при закрытом массаже артериальное
давление повышается до 80 мм рт ст.
изменяется цвет кожных покровов
возникает пульс на сонных артериях

суживаются исходно расширенные зрачки
повышается показатель PCO_2 в смешанной венозной крови

Дыхательные нарушения при легочной эмболии включают:

увеличение функциональной остаточной емкости
увеличение альвеолярного мертвого пространства
снижение насыщения кислородом артериальной крови
уменьшение PCO_2 в конце выдоха
тахипноэ

Отравление оксидом углерода проявляется:

спутанным сознанием, кома
отсутствием цианоза, гиперемией кожи
головной болью, стуком в висках
полиурией
эйфорией

К эффективным средствам очищения трахеобронхиального дерева относятся:

перкуSSIONно-вибрационный массаж грудной клетки
аэрозольная терапия, стимуляции естественного кашля, постуральный дренаж
санационная бронхоскопия
«прон» позиция
инжекционная ИВЛ

При хроническом дыхательном ацидозе, компенсирuемом почками :

pH мочи уменьшен
 $PaCO_2$ в крови повышено
избыток оснований в крови повышен
уровень стандартного бикарбоната снижен
 P_50 снижен

При тяжелом диабетическом кетоацидозе имеет место:

гиперосмолярность плазмы повышена
общая дегидратация организма
гиперпноэ

снижение внутриклеточной
концентрации калия
нормальная анионная разница

Злокачественная миастения (myasthenia gravis):

меньшее количество ацетилхолина
высвобождается из нервных окончаний
нарушается механизм мышечного
сокращения
связана с функцией вилочковой железой,
возникает птоз
на поздних стадиях болезни миокард не
вовлекается
наблюдаются судороги

Низкий уровень сывороточной холинэстеразы у
пациентов отмечается при:

болезнях печени, механической желтухе
сердечной недостаточности
беременности
4 гипопропротеинемии
введении лидокаина

Вероятные причины блокады левой ножки пучка
Гиса включают:

ишемическую болезнь сердца
алкогольную кардиомиопатию
3 дефект межпредсердной перегородки
дефект межжелудочковой перегородки
тяжелую гипертоническую болезнь

При возникновении кислотно-аспирационного
синдрома (с. Мендельсона) следует:

интубировать
санировать ТБД, перевести на ИВЛ 100%
O₂
в/в ввести бронхолитик (адреналин,
алупент, эуфиллин)
ввести кортикостероид (преднизолон,
метилпреднизолон)
провести диагностическую и лечебную
бронхоскопию

При лечении послеоперационного тиреотоксического криза в первую очередь необходимо:

седация
плазмаферез
кортикостероиды
пропранолол (атенолол)
инфузионную терапию

При острой суправентрикулярной тахикардии необходимо

аденозин
верапамил
новокаиномид
массаж каротидного синуса
хлористый кальций

К эффектам острой гипоксемии относятся:

повышение давления в легочной артерии
увеличение сердечного выброса

региональная легочная вазоконстрикция
повышение почечного кровотока
снижение моторики ЖКТ

Снижение повышенного внутричерепного давления при тяжелой закрытой черепно-мозговой травме производится:

аминазином
управляемой ИВЛ
седуксеном
маннитолом
дексаметазоном

При лечении “подвижной” грудной клетки с окончатыми множественными переломами ребер используют ИВЛ с ПДКВ. В чем ее преимущество?

уменьшается «парадоксальное» дыхание,
улучшается оксигенация
предотвращается травматизация
легочной ткани
сокращаются сроки консолидации
костных отломков ребер
ухудшаются условия для элиминации CO₂

Терапия повышенного внутричерепного давления при тяжелой закрытой черепно-мозговой травме включает:

ликворный дренаж
гипотермию
манитол
управляемую вентиляцию легких
дексаметазон

Показаниями к электрокардиоверсии являются:

электромеханическая диссоциация
острое трепетание предсердий
узловая брадикардия
желудочковая тахикардия
синусовая тахикардия

У больного с острой перемежающейся порфирией в стадии криза возникают признаки:

энцефалопатии, комы
параличи, парезы
гипертензию и тахикардию
острые боли в животе
делирий

Гипербарический кислород:

при нарушении экспозиции может
вызвать судороги
показан при газовой гангрене
показан при отравлении оксидом
углерода

не изменяет количество эритроцитов
не влияет на транспорт углекислоты

Гипербарический кислород может вызвать:

церебральную вазоконстрикцию
мышечные подергивания
деструкцию мембраны лизосом
апноэ
пневмоторакс

Тяжелый диабетический кето-ацидоз проявляется:

увеличением сывороточной
концентрации калия
ацидозом

шумным дыханием (гипервентиляцией)
кетонурией, запахом ацетона
сгущением крови

При остром респираторном дистресс-синдроме (ОРДС) снижается:

альвеолярная вентиляция
активность легочного сурфактанта
податливость легких
альвеолярно-артериальный градиент по кислороду
сопротивление воздушных путей

При остром респираторном дистресс-синдроме (ОРДС)

развивается отек легкого
функциональная остаточная емкость (FRC) снижена
гипоксемия не устраняется повышением F_iO_2

сопротивление сосудов легких понижено
развивается энтеропатия

Побочные эффекты внутривенной инфузии натрия бикарбоната проявляются:

увеличением P_{50}

повышением осмоляльности сыворотки
снижением концентрации натрия в сыворотке
увеличением образования CO_2
повышением pH желудочного сока

Набухшие шейные вены в положении стоя наблюдаются при:

напряженном пневмотораксе
при аортальном пороке сердца
эмболии легочной артерии

недостаточности трехстворчатого клапана
при эмфиземе легких

Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие:

увеличения проницаемости сосудов
снижения тонуса сосудистой системы

уменьшения внутрисосудистого объема
высвобождения простагландинов,
цитокинов
централизации кровообращения

У больного с септическим шоком, отеком легких, низким АД, на ИВЛ внутривенная инфузия 7,5 мкг/кг²мин допамина может увеличить:

АД и насыщение кислородом смешанной венозной крови
мочеотделение
PaO₂
потребление кислорода
сердечный выброс

При тяжелом пневмоните вследствие аспирации желудочного содержимого происходит повышение:

сопротивления дыхательных путей
несоответствия V/Q
давления в легочной артерии
нагрузку на правый желудочек сердца
объема интерстициальной воды в легких

Повышение PaCO₂ можно ожидать при

массивной легочной эмболии
астматическом приступе средней тяжести
патологическом ожирении и
пневмосклерозе
диабетической коме
рвоте вследствие пилоростеноза

Наиболее эффективное лечение пароксизмальной предсердной тахикардии вызывает:

антагонисты бета-адренорецепторов
лидокаин (лигнокаин)
электрическая кардиоверсия
давление на каротидный синус
препараты дигиталиса

Синдром Горнера связан с:

с осложнением при надключичной блокаде плечевого сплетения
травмой спинного мозга на низком шейном уровне
местной анестезией симпатического звездчатого узла
пункцией и катетеризацией яремной вены

При синдроме Горнера отмечается:

энофтальм
миоз
птоз
тахикардия
бледность

Уменьшение тораколегочной податливости
обычно наблюдается при:

кифосколиозе
фиброзе легких
астме
нижнедолевой пневмонии

Признаки гипердинамии кровообращения в виде
тахикардии наблюдается при:

беременности
тиреотоксикозе
эмболии легочной артерии
анемии
микседеме

Наиболее вероятные признаки развиваются при
острой почечной недостаточности:

повышение аммиака в крови
метаболический ацидоз
снижение гематокрита
повышение уровня фосфата в плазме
снижение уровня калия в сыворотке

Длительное лечение кортикостероидами может
привести к:

образованию катаракты
миопатии
асептическому некрозу головки бедра
панкреатиту
нарушению функции надпочечников

Снижение системного сосудистого сопротивления
происходит при:

беременности
пентамине
анестезии кетамином
повышении внутричерепного давления
феохромоцитоме

К признакам острого панкреонекроза относятся:

гипокалиемиа
парез кишечника
гипокальцемиа
гипогликемиа
нарушения КОС

Применения ПДКВ (PEEP) в 10 см водн. ст. у
больного с односторонней долевой пневмонией
вызывает:

увеличение физиологического мертвого
пространства
повышение $PaCO_2$
увеличение ФОЕЛ (функциональной
остаточной емкости легких)
системную гипотензию
снижение PaO_2

Эмболию легочной артерии можно обычно
подтвердить:

сканированием легких
электрокардиограммой сердца
легочной ангиографией
рентгеновским исследованием грудной
клетки

по уровню лактатдегидрогеназы крови

У больного в периоде восстановления после
утопления в пресной воде весьма вероятны
клинические проявления:

анемия
гемоглобинурия
отека мозга
отека легких
электролитные нарушения

Повышение $PaCO_2$ наблюдается при:

злокачественной гипертермии
спонтанном пневмотораксе
гиповентиляции
диабетической коме
уремии

Фибрилляция предсердий чаще возникает при:

алкогольная кардиомиопатия
ишемия миокарда, кардиосклероз
интоксикация дигоксином
митральный стеноз
обструктивная кардиомиопатия

Гипогликемия проявляется следующими клиническими признаками:

тахикардией
бледностью
холодным потом
гиперактивностью рефлексов
генерализованным зудом

Вероятными причинами сонливости и дезориентации у больного с тяжелой эмфиземой после 2-часового дыхания 100% кислородом являются:

метаболический ацидоз
констрикция сосудов мозга
гипоксия мозга
гиперкапния
токсическое действие кислорода

Последствия разрыва альвеол при вентиляции под положительным давлением проявляются в развитии:

подкожной эмфиземы
легочной интерстициальной эмфиземы
эмфиземы средостения
пневмоперитонеум
пневмоторакса

Жировая эмболия сопровождается:

диспноэ, петехиями
энцефалопатией, комой
наличием жира в моче и в сосудах
сетчатки
полиурией
повышением уровня продуктов
деградации фибриногена

Вероятные последствия утопления в морской воде

гиперкалиемия
«сухое утопление», признаки асфиксии
дисритмии сердца
ателектаз
гемолиз

Нитроглицерин при инфузионном введении

снимает приступ стенокардии

снижает сопротивление коронарных и периферических сосудов
непосредственно увеличивает сократимость миокарда
может повысить внутричерепное давление
противопоказан при глаукоме и при повышенном ВГД

Немедленное лечение тяжелой анафилактической реакции должно включать:@

адреналин
2 эфедрин
инфузионную терапию
антагонист H1-рецепторов
хлорид калия

К факторам, повышающим риск развития острой почечной недостаточности, относятся:

миоглобинемиа
гемоглобинемиа
сепсис
лечение антибиотиками
ОДН

К причинам подкожной эмфиземы относятся:

спонтанный пневмоторакс
разрыв пищевода
3 разрыв трахеи
инфаркт легкого
разрыв диафрагмы

К проявлениям острой жировой эмболии легких относятся:

лихорадка, лейкоцитоз,
тромбоцитопения

менингеальные явления, энцефалопатия
петехиальные кровоизлияния
наличие жира в моче и в сосудах сетчатки глаза
жировые вакуоли в макрофагах
альвеолярной мембраны

Воздушная эмболия легочной артерии связана с:

артериальной гипотензией

уменьшением концентрации углекислого газа в конце выдоха
повышением легочного сосудистого сопротивления
повышением ЦВД

Главные механизмы, способствующие развитию отека легких, состоят в:

увеличении капиллярного давления в легких
снижении онкотического давления в крови
увеличении проницаемости капилляров легких
нарушении оттока лимфы
избыточной инфузии

Пациент 55 лет поступил в отделение интенсивной терапии с признаками инфаркта миокарда без нарушений ритма сердца, АД 170/100 мм рт. ст., ЧСС 124 уд/мин, дыханием 24 в мин, температурой 38,5°C. Больной возбужден. Лечебные действия должны быть направлены на:

снижение АД, нитраты
урежение ЧСС
нормализацию температуры тела
ингаляцию Хе:О2 смеси
седацию, аналгетики

У больного после операции резекции желудка при наличии умеренного сопутствующего нефросклероза на 4-е сутки послеоперационного периода начались рвота, апатия, понос; пастозность, одутловатость. Уровень натрия в плазме и гематокрит снижены, объем эритроцитов увеличен, диурез уменьшен, дыхание ослабленное. К перечисленным симптомам могла привести передозировка:

раствора Рингера
5% раствора глюкозы
10% раствора глюкозы
5% раствора натрия гидрокарбоната

У больного с гипертонической общей дегидратацией концентрация натрия в плазме составила 154 ммоль/л. Руководствуясь только этим показателем, больному необходимо введение кристаллоидных растворов для устранения дефицита воды приблизительно в объеме:

- 1 л
- 2,5 л
- 2 л
- 3 л
- 4-5 л

У больного с массой тела 70 кг имела место значительная потеря жидкости без признаков кровотечения, что привело к дегидратации и повышению гематокрита до 60%. Дефицит воды в организме приблизительно составляет:

- 1,5-2 л
- 4.0 л
- 3-3,5 л
- 4,2-л
- 5,5-6 л

У больного диагностирована тяжелая степень декомпенсированного респираторного ацидоза. Необходимо провести следующие мероприятия:

- умеренную гипервентиляцию легких O₂
- заменить адсорбер
- устранить механическую причину накопления CO₂ в наркозно-дыхательном аппарате (недостаточность клапана выдоха)
- ингаляция кислорода
- введение кордиамина

Для коррекции метаболического ацидоза у больного массой тела 80 кг при BE = -8 ммоль/л решено использовать 3,66% раствор трисамина. Следует ввести следующий объем данного раствора

- 50-100 мл
- 500 мл
- 300-400 мл
- 600 мл
- 700-1000 мл

У больной, страдающей бронхиальной астмой, возникла гиперкапническая форма астматического состояния. Определены следующие показатели КОС: рН = 7,21; РаСО₂ = 58 мм рт. ст., РаО₂ = 63 мм рт. ст.; ВЕ = -5 ммоль/л. В комплексе лечения (на фоне контролируемой вентиляции) целесообразно применять при инфузионной терапии для коррекции КОС

5% раствор натрия гидрокарбоната
повысить FiO₂ до 0,6
сорбамин
3,6% раствор трисамина
5% глюкозу

У больного диагностирован метаболический алкалоз. Из представленных средств препаратом выбора можно назвать:

полиглюкин
глюкозо-калиевая смесь
фуросемид
диакарб
этакриновая кислота (урегит)

При лечении роженицы в первые дни после родов, сопровождавшихся массивной кровопотерей, можно ожидать изменения в виде:

повышение концентрации ионов калия в плазме

сохраняется некоррегированная анемия
гиперкалиемия сменяется
гипокалиемией
отмечается снижение концентрации ионов калия в плазме

У больного на ЭКГ выявляется высокий зубец Т с узким основанием, уширение комплекса QRS, исчезновение зубца Р. Подобные изменения могут возникнуть при нарушениях водно-электролитного баланса и характерны для:

гипокалиемии
ОПН
гипонатриемии
гиперкалиемии

При лечении острого панкреатита для профилактики развития судорожного синдрома наиболее важно проведение коррекции содержания в крови:

калия
хлора
цинка
кальция
натрия

После операции струмэктомии у больного стали отмечать судороги мимической мускулатуры ,пальцев рук. Больному следует провести:

форсированный диурез
взять кровь на анализ Са
регидратацию
кальция хлорид
прозерин

В результате передозировки сердечных гликозидов развились тахикардия и тахиаритмия. Для лечения целесообразно использовать:

кальция хлорид
атенолол
хинидин
анаприлин (обзидан)

Больной длительно лечился верошпироном в относительно высоких дозах. В процессе лечения развились головокружение, общая слабость, сонливость, тошнота. Такой синдром может возникнуть вследствие

гипернатриемии
гипонатриемии
внутриклеточной гипергидратации
гиперкалиемии
гипокалиемии

Метод контрпульсации позволяет:

улучшить коронарный кровоток
улучшить кровоснабжение мозга
стабилизировать сердечный выброс
улучшить микроциркуляцию
улучшить работу левого желудочка

Электрическая кардиоверсия показана при:

передозировке гликозидов
остановке сердца

суправентрикулярной тахикардии
фибрилляции желудочков
при нарушениях ритма сердца,
вызванных гиперкалиемией

При фибрилляции желудочков сначала необходимо:

перевести мелковолновую фибрилляцию
в крупноволновую
ввести лидокаин
ввести препараты калия
при необходимости провести
кардиоверсию
ввести препараты дигиталиса

При нарушении сократительной функции левого
желудочка необходимо :

введение сердечных гликозидов
вазодилататоров, ганглиолитиков,
применение фуросемида
применение селективной гипотензии
малого круга
применение катехоламинов

Возникновение дыхательной недостаточности в
послеоперационном периоде после оперативных
вмешательств на открытом сердце может быть
связано с:

массивной гемотрансфузией во время
операции
массивной кровопотерей во время
операции
развитием интерстициального отека
легких
болевым синдромом
гидротораксом

Повышенного $PaCO_2$ можно ожидать при:

массивной легочной эмболии
диабетическом кетоацидозе
спонтанном пневмотораксе
уремии

При жировой эмболии характерно:

обнаружение жировых шариков в моче и
сосудах сетчатки
умственная дезориентация,
галлюцинации
петехии и повышение уровня продуктов
деградации фибриногена

диспноэ
лейкоцитоз, температура

Показаниями к закрытому массажу сердца являются:

остановка дыхания
отсутствие пульса на сонной артерии
отсутствие сознания

широкие зрачки не реагируют на свет
бледность, цианоз лица

При волевических нарушениях наиболее важными и доступными критериями адекватности инфузионно- трансфузионной терапии являются:

нормализация цвета кожных покровов,
градиента температуры, диурез
гемодинамические показатели: АД, ЧСС,
ЦВД

показатели состава крови (Hb, Ht ,эритро.)
показатели метаболизма
коагулограмма

У вентилируемого больного с отеком легких при низком давлении и септическим шоком внутривенная инфузия 7,5 мкг/кг/мин допамина может увеличить:

PaO₂

насыщение кислородом смешанной
венозной крови, потребление кислорода
мочеотделение
сердечный выброс

В возникновение гипердинамического типа кровообращения у больных сепсисом, острой кровопотерей, гиповолемией участвуют следующие механизмы:

шунтирования кровотока
централизации кровообращения
нарушения микроциркуляции, тканевого
обмена, накопления вазоактивных
метаболитов
нарушение проницаемости сосудистой
стенки
коагулопатия, ДВС

При гиповолемическом типе кровообращения для повышения сердечного выброса следует применять:

плазмозаменители
сердечные гликозиды
симпатомиметики
бета-блокаторы
кортикостероиды

Главной опасностью для больного при острой кровопотере является:

гиповолемия
гипопротеинемия
дефицит гемоглобина
дефицит фибриногена
коагулопатия

Неблагоприятные кардиальные эффекты кальция включают:

увеличения раздражимости миокарда
повышение сократимости миокарда
сокращение времени диастолы
спазма коронарных сосудов

Эндотрахеально можно вводить следующие препараты:

атропин
адреналин, изадрин
лидокаин
норадреналин
глюконат Са

Левожелудочковая недостаточность может быть вызвана:

перегрузкой объемом крови
недостаточным притоком крови к сердцу
снижением сократительной способности миокарда
повышение постнагрузки

Признаками острого инфаркта миокарда во время наркоза являются:

гипотензия, бледность
изменения на ЭКГ
аритмии
увеличение пульсового давления

Наиболее выраженный положительный инотропный эффект при кардиогенном шоке наблюдается при введении:

норадреналина
добутамин
дигоксина
допамина
эфедрина

Основным признаком кардиальной смерти является:

агональные комплексы
изоэлектрическая линия на ЭКГ в течение 30 мин
механическая асистолия с сохранением электрической систолы

асистолия в течение 30 мин , несмотря на сердечно-легочную реанимацию и соответствующую лекарственную терапию

Кардиотоксическое действие гиперкалиемии купируется применением:

адреналина гидрохлорида
10% раствора глюкозы ,вит.С и тиамин –В1
кофеина, эфедрина гидрохлорида
препаратов кальция (хлористый Са, глюконат Са)
кортикостероидов

При остром респираторном дистресс синдроме взрослых происходит:

повышение альвеолярной вентиляции
снижение альвеолярно - артериального PO₂ градиента
снижение активности легочного сурфактанта
снижение податливости (compliance) легких
снижение сопротивления воздушных путей

При тяжелом пневмоните вследствие аспирации желудочного содержимого происходит повышение перечисленных показателей:

сопротивления воздушных путей
V/Q несоответствия

давления в легочной артерии
податливости (compliance) легких
интерстициальной воды в легких

Преимуществами ИВЛ с ПДКВ при лечении
"подвижной" грудной клетки при множественных
«окончатых» переломах ребер считаются:

снижение парадоксальной вентиляции

ускорение срачивания переломов ребер
предотвращение пневмоторакса
снижение легочной инфекции

У больной двусторонняя пневмония. Сознание
неясное, возбуждение, температура 39.2°C, число
дыханий 50 в мин., в легких с двух сторон дыхание
ослаблено, пульс 125 в мин., АД - 90/60 мм рт. ст.
рН-7.24; ВЕ--10; рСО₂ - 66 мм рт. ст., рО₂ - 55 мм рт.
ст. Оптимальной лечебной тактикой в данной
ситуации является:

интубация, ИВЛ.оксигенация
массивная
антибиотикотерапия, антипиретики
инфузия поляризующей глюкозо-
калиевой смеси
микротрахеостомия
симптоматическая терапия

У пациента в состоянии астматического приступа
угрожающими признаками являются:

обструкция бронхиол и появление немых
зон при аускультации
снижение РаО₂ менее 60 мм рт. ст.
психомоторное возбуждение

снижение парциального напряжения СО₂

Оксигенация у пациентов с хроническим
неспецифическим заболеванием легких может
вызвать:

урежение дыхания и гиповентиляцию
учащение дыхания
гиперкапнию
заторможенность
вялость

Парадоксальное дыхание наиболее часто наблюдается:

при ларингоспазме
при множественном « окончатом»
переломе ребер
при пневмонии
при пневмотораксе

при искусственной вентиляции легких

Хирургическая трахеостома:

обычно выполняют между 1-м и 3-м
кольцом трахеи
может быть показана для санации
трахеобронхиального дерева
менее инвазивна перкутанная
дилатационная трахеостомия с помощью
специальных наборов
может быть показана при ЧМТ, инсульте
головного мозга

при установлении факта необходимости
длительной ИВЛ принято производить
трахеостомию на 3-5 день

У грудного ребенка, страдающего
пилоростенозом, обычно развивается:

гипохлоремия
увеличение анионной разницы
метаболический алкалоз
гиповолемия

665.

Противоотечная терапия при черепно-мозговой
травме у детей показана потому, что она
предотвращает

развитие отека мозга
отека легких

нарастание внутричерепного давления
4 нарастание гематомы

Острый стенозирующий трахеобронхит у детей
характеризуется:

изменением голоса, грубым лающим
кашлем
удлиненным выдохом

втяжением межреберных промежутков
при вдохе
цианозом
судорогами

На догоспитальном этапе при менингококцемии у детей наиболее рационально в первую очередь ввести:

антибиотики, гормоны
сердечные гликозиды
адреномиметики

эуфиллин, антигистаминные препараты

Проведение спонтанного дыхания при постоянном повышенном давлении у детей показано при:

при пороках сердца
при отеке легких
при высоких шунтах в легких
при обструктивном бронхите

Терапия перинатальной почечной недостаточности начинается с:

восполнения внеклеточной жидкости
введения маннитола
восполнения ОЦК+допамин
введения лазикса

Терапия, направленная на ликвидацию гипертермии у детей, должна начинаться с:

введения жаропонижающих препаратов
введения дроперидола
физическим методом охлаждения
введения аминазина с пипольфеном

Гемодиализ показан:при отравлении

ртутью, соединениями тяжелых металлов
фенобарбиталом
этиленгликолем
амитриптилином, аминазином
метиловым спиртом

При отравлении уксусной эссенцией наиболее целесообразным методом удаления свободного гемоглобина является:

операция замещения крови

плазмаферез
гемосорбция
подщелачивание крови, форсированный диурез

дренирование грудного лимфопотока

Характерными клиническими симптомами острого перорального отравления медным купоросом являются

гастроэнтероколит, токсическая гепатопатия
нарушения гемодинамики (экзотоксический шок)
гемолиз
слепота

Для клинических проявлений отравления анилином характерны

цианоз, метгемоглобинемия, гемолиз, двигательное возбуждение, клоникотонические судороги, кома резко выраженная гиперволемиа угнетение дыхания, гипотензия или коллапс, токсические нефро- и гепатопатия

При каком уровне карбоксигемоглобина в крови у больного развивается коматозное состояние?

при поступлении в стационар Hb CO 50% и выше

при поступлении в стационар Hb CO 30% на месте происшествия Hb CO 50% и выше
на месте происшествия Hb CO 30%

Методы детоксикации при отравлении дихлорэтаном и четыреххлористым углеродом включают проведение:

промывание ж-ка через зонд, очищение кишечника (слабитительные, фармакологическая стимуляция, кишечный лаваж)
операции по замещению крови
гемосорбции, гемодиализа, перитонеального диализа, форсированный диуреза

Для отравления красным мухомором характерны:

тошнота, рвота, бред, галлюцинации,
двигательное возбуждение
латентный период 6-24 ч, развитие
гемолиза
мидриаз

При отравлении бледной поганкой необходимо:

промыть ж-к через зонд, ввести
активированный уголь
провести форсированный диурез,
коррекцию водно-солевого баланса
гемосорбция, проведение защитной
печеночной терапии

гемодиализ, перитонеальный диализ

При укусе змей семейства гадюковых (гадюка,
гюрза) развиваются:

выраженный отек тканей
лимфаденит, лимфангоит
гемолиз
тромбо-геморрагический синдром
паралич мышц, нарушение дыхания

При укусе змеи необходимо:

выдавить или отсосать яд

ввести антигистаминные,
кортикостероиды, фуллярная
новокаиновая блокада с адреналином
в/в или в/м поливалентная или
специфическая противозмеиная
сыворотка в первые 10 ч
наложить жгут (если возможно),
разрезать кожу в месте укуса

Лечение острого перорального отравления
бензодиазепинами включает:

налоксон
дачу внутрь активированного угля, в/в
введение флюмазенила
внутривенное введение доксапрама
ощелачивающий диурез

Характерным для тяжелого септического шока является

удлинение активированного частичного
тромбопластинового времени
снижение уровня сывороточного
фибриногена

наличие продуктов деградации фибрина
сниженное число тромбоцитов

Факторами патогенеза инфекционно-токсического шока являются:

белковый гиперкатаболизм
нарушение утилизации энергетических
субстратов
сладж-синдром
нарушение капиллярной проницаемости
и отек интерстиции

Интенсивная терапия при инфекционно-токсическом шоке включает:

инфузионную терапию
поддержание газообмена, ИВЛ
плазмаферез, гемофильтрацию
искусственное кровообращение
медикаментозную коррекцию

Бактерицидным свойством обладают:

цефалоспорины
тетрациклины
аминогликозиды
верны все ответы

Антибиотиками выбора при лечении панкреатогенного перитонита являются:

пенициллины
фторхинолоны
цефалоспорины и макролиды
карбепенемы

Для оценки степени дегидратации больных острыми кишечными инфекциями наиболее информативны следующие лабораторные показатели

гемоглобин и количество эритроцитов
гематокрит и концентрация электролитов
крови
гемоглобин и гематокрит

удельный вес мочи, темп диуреза