

Инструкция: выберите один правильный ответ.

ПО ПОКАЗАНИЯМ, СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ БЕСПЛАТНО

- а всем нуждающимся
- б только при вызове в общественное место
- в только лицам, имеющим регистрацию в данном муниципальном образовании
- г только гражданам Российской Федерации
- д гражданам Российской Федерации, только при наличии полиса Обязательного медицинского страхования

НОРМОЙ ТРАНСПОРТНОЙ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ПОДСТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЧИТАЕТСЯ

- а 5 минут
- б 10 минут
- в 15 минут
- г 20 минут
- д 30 минут

ОСНОВНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЕДИНИЦЕЙ СТАНЦИИ (ПОДСТАНЦИИ, ОТДЕЛЕНИЯ) СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а главный врач станции (заведующий подстанцией, отделением) скорой медицинской помощи
- б врач скорой медицинской помощи
- в фельдшер скорой медицинской помощи
- г выездная бригада скорой медицинской помощи
- д дежурная смена

ПРИ НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ ПРОЕЗЖАЮЩАЯ МИМО БРИГАДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЯЗАНА ОСТАНОВИТЬСЯ

- а всегда
- б только если она не следует на экстренный вызов
- в только если она следует с вызова без больного

- г только при наличии на месте происшествия сотрудников милиции
- д только при наличии в составе бригады не менее 2 сотрудников

ПО ТРЕБОВАНИЮ БОЛЬНОГО ИЛИ ЕГО РОДСТВЕННИКОВ ВРАЧ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЯЗАН

- а госпитализировать больного в указанный ими стационар
- б детально информировать их о проводимом обследовании и лечении и их возможных последствиях
- в оставить копию карты вызова и пустые ампулы от введенных лекарственных препаратов
- г при отсутствии необходимости в госпитализации выписать рецепты на лекарственные препараты для продолжения амбулаторного лечения
- д обеспечить сопровождение госпитализируемого больного родственниками в санитарном автомобиле

ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ КАТЕГОРИЧЕСКИЙ ОТКАЗ СОВЕРШЕНОЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО ОТ НЕЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ

- а проигнорирован
- б письменно подтвержден больным в карте вызова
- в письменно оформлен в присутствии 2 свидетелей
- г письменно оформлен в присутствии сотрудника милиции
- д письменно оформлен в присутствии вызванного врача линейного контроля

ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ВЫЗОВА ЗА 10 минут до ВРЕМЕНИ ОКОНЧАНИЯ ДЕЖУРСТВА ВРАЧ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- а может покинуть территорию станции (подстанции, отделения) при наступлении времени окончания дежурства, не дожидаясь смены
- б должен дождаться смены, не выезжая на поступивший вызов

- в при отсутствии смены должен выехать для выполнения вызова в любом случае
- г при отсутствии смены должен выехать для выполнения вызова только при его поступлении из общественного места
- д при отсутствии смены должен выехать для выполнения вызова только при необходимости оказания помощи ребенку

**ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРУПА БРИГАДА
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

- а должна осуществить его перевозку в морг в любом случае
- б всегда осуществляет его перевозку в морг из общественного места
- в осуществляет его перевозку в морг только по требованию сотрудников полиции
- г осуществляет перевозку в морг только детских трупов
- д никогда не осуществляет его перевозку в морг

**ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРУПА ВРАЧ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

- а не заводит карту вызова
- б в карте вызова записывает диагноз «Смерть до 03» только при наличии свидетелей происшествия
- в в карте вызова записывает диагноз «Смерть до 03» только при наличии признаков трупного окоченения
- г в карте вызова записывает диагноз «Констатация смерти»
- д в карте вызова записывает диагноз «Смерть при 03» при нахождении трупа в квартире

**ЕСЛИ НАХОДЯЩИЙСЯ В СОСТОЯНИИ
АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ В
ОБЩЕСТВЕННОМ МЕСТЕ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ
ОСМОТРА, ПРИБЫВШАЯ НА ВЫЗОВ
БРИГАДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

- а уезжает с места вызова
- б вызывает сотрудников полиции
- в вызывает родственников данного лица
- г вызывает дополнительную бригаду скорой медицинской помощи

- д самостоятельно осуществляет транспортировку в медвытрезвитель

САНИТАРНЫЙ АВТОМОБИЛЬ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА МЕСТЕ ДЕЖУРСТВА ДОЛЖЕН БЫТЬ РАСПОЛОЖЕН ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТОБЫ

- а до объекта дежурства было не более 50 метров
- б из окна санитарного автомобиля был виден объект дежурства
- в сотрудники правоохранительных органов располагались не дальше 10 метров
- г экстренный выезд не требовал дополнительных маневров
- д в непосредственной близости могли располагаться еще не менее 3 санитарных автомобилей

Обезболивание ингаляционными анестетиками на догоспитальном этапе характеризуется

- а сложностью подачи анестетика к пациенту
- б отсутствием необходимости в специальной медицинской аппаратуре
- в низкой эффективностью
- г токсическим воздействием анестетика на медицинский персонал
- д затруднением диагностики повреждения внутренних органов при поступлении в стационар

КОНТУР НАРКОЗНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ ОТКРЫТЫМ, ЕСЛИ ПРОИСХОДИТ

- а вдох анестетика из атмосферы и его выдох в атмосферу
- б вдох анестетика из атмосферы и его выдох в аппарат
- в вдох анестетика из аппарата и его выдох в атмосферу
- г вдох анестетика из аппарата и его выдох частично в атмосферу, частично в аппарат
- д вдох анестетика из аппарата и его выдох в аппарат

КОНТУР НАРКОЗНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛУОТКРЫТЫМ, ЕСЛИ ПРОИСХОДИТ

- а вдох анестетика из атмосферы и его выдох в атмосферу
- б вдох анестетика из атмосферы и его выдох в аппарат
- в вдох анестетика из аппарата и его выдох в атмосферу
- г вдох анестетика из аппарата и его выдох частично в атмосферу, частично в аппарат
- д вдох анестетика из аппарата и его выдох в аппарат

ИНГАЛЯЦИОННЫМ АНЕСТЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а кетамин
- б закись азота
- в гексенал
- г лидокаин
- д натрия оксибутират

ЗАКИСЬ АЗОТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а слабым анальгетиком и анестетиком
- б слабым анальгетиком и сильным анестетиком
- в сильным анальгетиком и анестетиком
- г сильным анальгетиком слабым анестетиком
- д сильным анальгетиком без анестетических свойств

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ЗАКИСЬЮ АЗОТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- а остром инфаркте миокарда
- б переломе трубчатых костей
- в пневмотораксе
- г закрытой травме живота
- д ожоговом шоке

АНАЛЬГЕЗИЯ ПРИ ВДЫХАНИИ ЗАКИСНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ В СООТНОШЕНИИ 2:1

- а наступает при первом вдохе
- б наступает через 30-60 секунд
- в наступает через 2-3 минуты
- г наступает через 5-7 минут
- д не наступает

**ПЕРЕД НАЧАЛОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ЗАКИСЬЮ АЗОТА НЕОБХОДИМО**

- а проводить ингаляцию 100% кислородом
- б ввести внутривенно наркотические анальгетики
- в ввести внутривенно транквилизаторы
- г ввести внутривенно глюкокортикоидные гормоны
- д исключить повреждение внутренних органов при закрытой травме живота

**ПРОВЕДЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЗАКИСЬЮ
АЗОТА ПРИ ОТСУТСТВИИ КИСЛОРОДА**

- а противопоказано
- б допустимо только после введения атропина
- в допустимо только после введения транквилизаторов
- г допустимо только после введения натрия оксибутирата
- д допустимо только после интубации трахеи

**ПРИ СОДЕРЖАНИИ ЗАКИСИ АЗОТА ВО
ВДЫХАЕМОЙ СМЕСИ БОЛЕЕ 75%
РАЗВИВАЕТСЯ**

- а фибрилляция желудочков
- б болевой синдром
- в гипоксия
- г токсическое поражение печени
- д анафилаксия

**ДЛЯ УСИЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОГО
ЭФФЕКТА ЗАКИСИ АЗОТА ВОЗМОЖНО**

- а увеличить содержание закиси азота во вдыхаемой смеси более 80%
- б увеличить содержание кислорода во вдыхаемой смеси более 50%
- в увеличить суммарный поток закиси азота и кислорода до 20 литров в минуту
- г внутривенно ввести транквилизаторы
- д внутривенно ввести аскорбиновую кислоту

**ДЛЯ УСИЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОГО
ЭФФЕКТА ЗАКИСИ АЗОТА ВОЗМОЖНО**

- а увеличить содержание закиси азота во вдыхаемой смеси более 80%

- б увеличить содержание кислорода во вдыхаемой смеси более 50%
- в увеличить суммарный поток закиси азота и кислорода до 24 литров в минуту
- г внутривенно ввести наркотические анальгетики
- д внутривенно ввести пирацетам

**ПРИ РАЗВИТИИ ВОЗБУЖДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ
МАСОЧНОГО НАРКОЗА ЗАКИСЬЮ АЗОТА
НЕОБХОДИМО**

- а начать искусственную вентиляцию легких
- б увеличить содержание закиси азота во вдыхаемой смеси
- в внутривенно ввести мочегонные препараты
- г внутривенно ввести пирацетам
- д внутривенно ввести седативные средства

**ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ЗАКИСЬЮ АЗОТА
АППАРАТОМ АНПСР-01-"ТМТ" ПРОВОДИТСЯ
ПО**

- а открытому дыхательному контуру
- б полукоткрытому дыхательному контуру
- в полузакрытому дыхательному контуру
- г закрытому дыхательному контуру
- д комбинированному дыхательному контуру

**СУММАРНЫЙ ПОТОК КИСЛОРОДА И
ЗАКИСИ АЗОТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
ПОЛУОТКРЫТОГО КОНТУРА ДОЛЖЕН
СОСТАВЛЯТЬ**

- а не менее трети минутного объема дыхания
- б не менее половины минутного объема дыхания
- в не менее минутного объема дыхания
- г не менее удвоенного минутного объема дыхания
- д не более половины минутного объема дыхания

**ДЛЯ ПАЦИЕНТА ВЕСОМ 80 КГ ПОТОК
КИСЛОРОДА ПРИ ОБЕЗБОЛИВАНИИ
ЗАКИСНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСЬЮ В
СООТНОШЕНИИ 2:1 ПО ПОЛУОТКРЫТОМУ
КОНТУРУ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ**

- а 1 л/мин
- б 2 л/мин
- в 3 л/мин
- г 5 л/мин
- д минутного объема дыхания

**ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- а высокой скоростью наступления эффекта
- б выраженной стадией возбуждения
- в низкой эффективностью
- г токсическим воздействием анестетика на медицинский персонал
- д большей управляемостью, чем ингаляционная анестезия

**ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ КЕТАМИНА В
ДОЗЕ 1-2 МГ/КГ СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

- а снижением систолического артериального давления
- б брадикардией
- в бронхоспазмом
- г выраженной анальгезией
- д угнетением кашлевого рефлекса

**ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ КЕТАМИНА В
ДОЗЕ 1 МГ/КГ СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

- а увеличением саливации
- б снижением тонуса жевательной мускулатуры
- в угнетением дыхания
- г отсутствием анальгезии
- д сохранением сознания

**ВВЕДЕНИЕ АТРОПИНА ПЕРЕД КЕТАМИНОМ
ПРЕДОТВРАЩАЕТ**

- а повышение артериального давления
- б урежение ритма дыхания
- в возникновение галлюцинаций
- г гиперсаливацию
- д развитие тахикардии

**ВВЕДЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ ПЕРЕД
КЕТАМИНОМ ПРЕДОТВРАЩАЕТ**

- а угнетение сознания
- б урежение ритма дыхания
- в возникновение галлюцинаций
- г гиперсаливацию
- д бронхоспазм

**Для интубации трахеи КЕТАМИН вводится
внутривенно в дозе**

- а 0,5 мг/кг
- б 1 мг/кг
- в 2 мг/кг
- г 5 мг/кг
- д 10 мг/кг

**ПОСЛЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
КЕТАМИНА ИНТУБАЦИЮ ТРАХЕИ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ**

- а 10-15 секунд
- б 20-30 секунд
- в 60-90 секунд
- г 3 минуты
- д 5 минут

**ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ КЕТАМИН**

- а противопоказан
- б вводится внутривенно в дозе 0,5 мг/кг
- в вводится внутривенно в дозе 1 мг/кг
- г вводится внутривенно в дозе 2 мг/кг
- д вводится внутривенно в дозе 5 мг/кг

**ПОСЛЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ
КЕТАМИНА ТРАНСПОРТНУЮ
ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ
КОСТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ**

- а 10-15 секунд
- б 20-30 секунд
- в 60-90 секунд
- г 3 минуты
- д 5 минут

К группе истинных опиатов относится

- а кеторолак
- б трамадол
- в фентанил
- г кетамин

д лидокаин

К группе истинных опиатов относится

- а анальгин
- б морфин
- в гексенал
- г налоксон
- д трамадол

**ПРИ ВВЕДЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИХ
АНАЛЬГЕТИКОВ**

- а увеличивается глубина дыхания
- б учащается дыхание
- в развивается тахикардия
- г развивается мидриаз
- д купируется бронхоспазм

Наиболее сильным анальгетиком является

- а омнопон
- б морфин
- в трамадол
- г фентанил
- д кеторолак

**НАИБОЛЕЕ КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИМ
АНАЛЬГЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а кеторолак
- б морфин
- в трамадол
- г фентанил
- д промедол

**ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ
ФЕНТАНИЛА МАКСИМАЛЬНЫЙ
АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
ЧЕРЕЗ**

- а 5 секунд
- б 20-30 секунд
- в 1-2 минуты
- г 5 минут
- д 10-15 минут

**АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА
ПРОДОЛЖАЕТСЯ**

- а 2 минуты
- б 5-10 минут
- в 15-30 минут
- г 1 час
- д 2 часа

**АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА
ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С**

- а налоксоном
- б кеторолаком
- в атропином
- г допамином
- д эуфиллином

**АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА
ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С**

- а налоксоном
- б реланиумом
- в атропином
- г допамином
- д кордиамином

**АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА
ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С**

- а налоксоном
- б трамадолом
- в прозеринном
- г кофеином
- д эуфиллином

**АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА
ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С**

- а налоксоном
- б дроперидолом
- в атропином
- г допамином
- д эуфиллином

ТРАМАДОЛ

- а превосходит морфин по анальгетическому эффекту
- б обладает более коротким анальгетическим эффектом, чем фентанил
- в не вызывает депрессию дыхания
- г не применим вместе с наркотическими анальгетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами
- д крайне редко вызывает тошноту и рвоту

**К НЕСТЕРОИДНЫМ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ
ОТНОСИТСЯ**

- а кеторолак
- б промедол
- в трамадол
- г дроперидол
- д преднизолон

**К НЕСТЕРОИДНЫМ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ
ОТНОСИТСЯ**

- а ацезол
- б метамизол (анальгин)
- в трамадол
- г дигоксин
- д лидокаин

**К НЕСТЕРОИДНЫМ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ
ОТНОСИТСЯ**

- а кетамин
- б атропин
- в промедол
- г диклофенак
- д диазепам

**НЕСТЕРОИДНЫЕ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВПОКАЗАНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ**

- а приступе почечной колики
- б корешковом синдроме
- в сочетании переломов костей с закрытой травмой живота и признаками внутреннего кровотечения
- г переломе луча в типичном месте
- д плеврите

**ВВЕДЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ ВМЕСТЕ С
АНАЛЬГЕТИКАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ**

- а противопоказано
- б купирует артериальную гипотензию
- в препятствует угнетению сознания
- г потенцирует обезболивающий эффект
- д позволяет избежать депрессии дыхания

АТАРАЛГЕЗИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- а реланиума и фентанила
- б атропина и морфина
- в фентанила и дроперидола
- г дормикума и димедрола
- д фентанила и димедрола

НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ

- а дормикума и фентанила
- б атропина и морфина
- в дроперидола и фентанила
- г дроперидола и димедрола
- д фентанила и димедрола

При сильном болевом синдроме на фоне психомоторного возбуждения ЦЕЛЕСООБРАЗНА комбинация

- а фентанила и реланиума
- б кеторолака и дормикума
- в морфина и димедрола
- г трамадола и димедрола
- д трамадола и кеторолака

К Местным анестетикам ОТНОСИТСЯ

- а дормикум
- б промедол
- в лидокаин
- г закись азота
- д кетамин

МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА ЛИДОКАИНА ДЛЯ Местной анестезии

- а 100 мг
- б 200 мг
- в 300 мг
- г 600 мг
- д 1000 мг

КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА Для инфильтрационной анестезии

- а 0,25-0,5%
- б 1%
- в 2%
- г 5%
- д 10%

КОНЦЕНТРАЦИЯ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА
Для ПРОВОДНИКОВОЙ анестезии

- а 0,25%
- б 0,50%
- в 1-2%
- г 5%
- д 10%

БЛОКАДА МЕСТА ПЕРЕЛОМА

- а относится к инфильтрационной анестезии
- б показана при открытых переломах
- в выполняется 1% раствором местного анестетика
- г является малоэффективным методом обезболивания
- д противопоказана при сочетании скелетной травмы с повреждением внутренних органов

ФУТЛЯРНАЯ БЛОКАДА

- а относится к проводниковой анестезии
- б показана при открытых переломах и травматических ампутациях
- в выполняется 1-2% раствором местного анестетика
- г является малоэффективным методом обезболивания
- д противопоказана при сочетании скелетной травмы с повреждением внутренних органов

ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЕ ГОРМОНЫ
противопоКАЗАНЫ ПРИ

- а анафилактическом шоке
- б астматическом статусе
- в травме спинного мозга
- г остром инфаркте миокарда
- д ожоге верхних дыхательных путей

ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЕ ГОРМОНЫ
противопоКАЗАНЫ ПРИ

- а аллергическом отеке гортани
- б тиреотоксическом кризе
- в спинальном шоке
- г диабетической кетоацидотической коме
- д токсическом отеке легких

**ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ
ДОПАМИНА ПРЕОБЛАДАЕТ ПРИ СКОРОСТИ
ВВЕДЕНИЯ**

- а 0,5 мкг/кг/мин
- б 1-3 мкг/кг/мин
- в 5-7,5 мкг/кг/мин
- г 10 мкг/кг/мин
- д более 10 мкг/кг/мин

**вазоконстрикторный ЭФФЕКТ ДОПАМИНА
ПРЕОБЛАДАЕТ ПРИ СКОРОСТИ ВВЕДЕНИЯ**

- а 0,5 мкг/кг/мин
- б 1 мкг/кг/мин
- в 3 мкг/кг/мин
- г 5 мкг/кг/мин
- д 10 и более мкг/кг/мин

**ПЕРЕД НАЧАЛОМ КАПЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ
ДОПАМИНА НЕОБХОДИМО**

- а промыть желудок с помощью зонда
- б выполнить интубацию трахеи
- в провести инфузионную терапию при гиповолемии
- г внутривенно ввести атропин
- д внутривенно ввести лазикс

**ВВЕДЕНИЕ ДОПАМИНА ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ
ГИПОВОЛЕМИИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ**

- а судороги
- б фибрилляцию желудочков
- в миоз
- г ларингоспазм
- д усиление диуреза

добутамин, В ОТЛИЧИЕ ОТ ДОПАМИНА

- а снижает общее периферическое сопротивление сосудов
- б увеличивает давление в легочной артерии
- в снижает сократительную способность миокарда
- г усиливает болевой синдром
- д вводится внутривенно струйно

**ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ НАТРИЯ
ГИДРОКАРБОНАТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО**

- а всегда при отсутствии цифровых данных рН крови
- б при отравлении кислотами
- в при гиперкалиемии
- г при гиповентиляции
- д при отравлении амитриптилином

К КОЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- а полиглюкин
- б 5% раствор глюкозы
- в 20% раствор глюкозы
- г ацесоль
- д 0,9% раствор натрия хлорида

К КОЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- а раствор Рингера
- б 10% раствор глюкозы
- в раствор гидроксиэтилкрахмала
- г дисоль
- д раствор натрия гидрокарбоната

НАИМЕНЬШИМ ВЛИЯНИЕМ НА ГЕМОСТАЗ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОЛЛОИДНЫХ ИНФУЗИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ

- а раствор гидроксиэтилкрахмала-450
- б раствор гидроксиэтилкрахмала-200
- в раствор гидроксиэтилкрахмала-130
- г полиглюкин
- д реополиглюкин

К КРИСТАЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- а полиглюкин
- б реополиглюкин
- в желатиноль
- г 0,9% раствор натрия хлорида
- д раствор гидроксиэтилкрахмала

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ (БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ) ПРИ ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ

- а 1 минуту
- б 3 минуты
- в 5 минут
- г 15 минут

д 30 минут

**НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ
ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а отсутствие пульса на сонных артериях
 - б отсутствие самостоятельного дыхания
 - в широкие зрачки
 - г неопределяемое артериальное давление
- д) отсутствие пульса на плечевой артерии

**ПРИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТА, В
ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО
ПРОВЕРИТЬ**

- а реакцию зрачков на свет
- б сахар крови с помощью глюкометра
- в пульс на лучевой артерии
- г пульс на сонных артериях
- д наличие самостоятельного дыхания

**МАКСИМАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКОВ
ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОСТАНОВКЕ
КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а мгновенно
- б через 5-10 секунд
- в через 15-20 секунд
- г через 30-60 секунд
- д через 2-3 минуты

**СИНУСОВЫЙ РИТМ НА
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ В ПЕРИОД
КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ**

- а не выявляется
- б может регистрироваться при
электромеханической диссоциации
- в всегда предшествует асистолии
- г всегда предшествует фибрилляции
желудочков
- д всегда сопровождает закрытый массаж
сердца

**ДЛЯ КОНСТАТАЦИИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ
СМЕРТИ через 30 минут проведения
сердечно-легочной реанимации
ДОСТАТОЧНО**

- а отсутствия спонтанной пульсации на сонных
артериях
- б регистрации фибрилляции желудочков

- в положительного симптома «кошачьего зрачка»
- г регистрации асистолии
- д отсутствия рефлексов на фоне закрытого массажа сердца

**КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ
БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЧЕРЕЗ 2-4 ЧАСА
ПОСЛЕ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а наличие пятен Лярше
- б трупное окоченение
- в положительный симптом «кошачьего зрачка»
- г анизокория
- д наличие «точечных зрачков»

**сердечно-легочная реанимация
ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО**

- а горизонтально на спине, на твердой основе
- б на спине, на твердой основе с приподнятым головным концом
- в на правом боку
- г на левом боку
- д на животе с повернутой головой в сторону реаниматора

ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА

- а неэффективен при западении корня языка
- б позволяет предотвратить аспирацию желудочного содержимого
- в способствует удалению инородного тела из дыхательных путей
- г противопоказан при нестабильности шейного отдела позвоночника
- д требует специального оборудования

**НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРОЙНОГО ПРИЕМА
САФАРА ВО ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ МОЖЕТ БЫТЬ
ОБУСЛОВЛЕНА**

- а ларингоспазмом
- б депрессией дыхательного центра ствола головного мозга
- в инородным телом в дыхательных путях
- г отсутствием герметичности при проведении искусственной вентиляции легких

д тризмом жевательной мускулатуры

ПРИЕМ ГЕЙМЛИХА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ

- а профилактики аспирации желудочного содержимого
- б восстановления проходимости дыхательных путей при западении корня языка
- в купирования ларингоспазма
- г удаления инородного тела из дыхательных путей
- д стабилизации шейного отдела позвоночника

ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ МЕТОДОМ "РОТ В РОТ"

- а комфортно для реаниматора
- б не требует специального оборудования
- в обеспечивает дыхательную смесь, обогащенную кислородом
- г позволяет точно регулировать параметры искусственного дыхания
- д способствует профилактике аспирации желудочного содержимого

МАСОЧНАЯ ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ

- а противопоказана для подачи больному дыхательной смеси, обогащенной кислородом
- б не требует поддержания герметичности дыхательных путей
- в неэффективна при использовании автоматических устройств для искусственной вентиляции легких
- г облегчается при использовании орофарингеальных воздухопроводов
- д способствует профилактике аспирации желудочного содержимого

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ЧЕРЕЗ ИНТУБАЦИОННУЮ ТРУБКУ

- а малоэффективна для стабильного поддержания проходимости верхних дыхательных путей
- б предупреждает бронхоспазм
- в обеспечивает герметичность дыхательных путей
- г не позволяет точно регулировать параметры искусственного дыхания

- д способствует перераздуванию желудка воздухом

**ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ
ЧЕРЕЗ ЛАРИНГЕАЛЬНУЮ ТРУБКУ**

- а невозможна
- б обеспечивает стабильную проходимость дыхательных путей
- в не обеспечивает герметичность дыхательных путей
- г не позволяет точно регулировать параметры искусственного дыхания
- д способствует перераздуванию желудка воздухом

**КРИТЕРИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ
ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а видимое выбухание в эпигастрии
- б наличие экскурсии грудной клетки
- в парадоксальный пульс на сонных артериях
- г видимое набухание шейных вен
- д отсутствие «обратного» выдоха

**КРИТЕРИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ
ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а видимое набухание шейных вен
- б наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
- в перелом ребер
- г наличие пульса на лучевой артерии
- д регистрация артериального давления 30/0 мм рт.ст.

**ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ
ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

- а отсутствие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
- б появление пятен Лявше
- в регистрация артериального давления 40/0 мм рт.ст.
- г сужение зрачков
- д переход фибрилляции желудочков в асистолию

**КОМПРЕССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ
ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ
ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ**

- а 40-50 в минуту
- б 60-70 в минуту
- в 80-90 в минуту
- г 100-110 в минуту
- д 120-130 в минуту

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННОГО
ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ БЕЗ ИНТУБАЦИИ
ТРАХЕИ ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА И
ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ ПРОВОДЯТСЯ В
СООТНОШЕНИИ**

- а 30 к 2 при любом количестве реаниматоров
- б 15 к 2 при любом количестве реаниматоров
- в 15 к 2 только при оказании помощи одним реаниматором
- г 7 к 1 при оказании помощи двумя реаниматорами
- д 5 к 1 при оказании помощи двумя реаниматорами

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОДНИМ
РЕАНИМАТОРОМ РЕАНИМАЦИОННОГО
ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ БЕЗ ИНТУБАЦИИ
ТРАХЕИ СООТНОШЕНИЕ ЗАКРЫТОГО
МАССАЖА СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОГО
ДЫХАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 50 к 2
- б 30 к 2
- в 15 к 2
- г 7 к 1
- д 5 к 1

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУМЯ
РЕАНИМАТОРАМИ РЕАНИМАЦИОННОГО
ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ БЕЗ ИНТУБАЦИИ
ТРАХЕИ СООТНОШЕНИЕ ЗАКРЫТОГО
МАССАЖА СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОГО
ДЫХАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 30 к 2
- б 15 к 2
- в 10 к 1
- г 5 к 1
- д 1 к 1

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ БЕЗ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ЧАСТОТА ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХОВ ПРИ ДЫХАНИИ МЕТОДОМ "РОТ В РОТ" ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

- а 16 в минуту
- б 10 в минуту
- в 6 в минуту
- г 4 в минуту
- д 2 в минуту

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ БЕЗ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ЧАСТОТА ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХОВ ДЫХАТЕЛЬНЫМ МЕШКОМ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

- а 16 в минуту
- б 10 в минуту
- в 6 в минуту
- г 4 в минуту
- д 2 в минуту

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ ПОСЛЕ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

- а 22 в минуту
- б 18 в минуту
- в 14 в минуту
- г 10 в минуту
- д 4 в минуту

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ ЧАСТОТА ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХОВ ДЫХАТЕЛЬНЫМ МЕШКОМ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

- а 20 в минуту
- б 16 в минуту
- в 10 в минуту
- г 4 в минуту
- д 2 в минуту

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУМЯ
РЕАНИМАТОРАМИ РЕАНИМАЦИОННОГО
ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ ПОСЛЕ ИНТУБАЦИИ
ТРАХЕИ И НАЧАЛА АППАРАТНОЙ ИВЛ
ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА**

- а проводится непрерывно с частотой 60 в минуту
- б проводится непрерывно с частотой 80 в минуту
- в проводится непрерывно с частотой 100 в минуту
- г прерывается на выполнение искусственных вдохов через каждые 15 компрессий грудной клетки
- д прерывается на выполнение искусственных вдохов через каждые 30 компрессий грудной клетки

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУМЯ
РЕАНИМАТОРАМИ РЕАНИМАЦИОННОГО
ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ ПОСЛЕ ИНТУБАЦИИ
ТРАХЕИ АППАРАТНАЯ ИСКУССТВЕННАЯ
ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРОВОДИТСЯ**

- а независимо от компрессий грудной клетки с частотой 16 в минуту
- б независимо от компрессий грудной клетки с частотой 10 в минуту
- в независимо от компрессий грудной клетки с частотой 4 в минуту
- г только в перерыве между сериями компрессий грудной клетки с частотой 8 в минуту
- д только в перерыве между сериями компрессий грудной клетки с частотой 4 в минуту

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУМЯ
РЕАНИМАТОРАМИ РЕАНИМАЦИОННОГО
ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ
ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ АППАРАТНАЯ
ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ
ПРОВОДИТСЯ**

- а независимо от компрессий грудной клетки с частотой 16 в минуту
- б независимо от компрессий грудной клетки с частотой 10 в минуту

- в независимо от компрессий грудной клетки с частотой 4 в минуту
- г только в перерыве между сериями компрессий грудной клетки с частотой 8 в минуту
- д только в перерыве между сериями компрессий грудной клетки с частотой 4 в минуту

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИСКУССТВЕННОЙ
ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ВО ВРЕМЯ
РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ
ВЗРОСЛОМУ ОПТИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ
КИСЛОРОДА В ДЫХАТЕЛЬНОЙ СМЕСИ
ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ**

- а 100%
- б не более 80%
- в 50%
- г 21%
- д ниже 21%

**ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ
ЭФФЕКТИВНА ПРИ РЕГИСТРАЦИИ НА
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ**

- а асистолии
- б идиовентрикулярного ритма
- в фибрилляции желудочков
- г полной атриовентрикулярной блокады
- д синусовой брадикардии

**АЛГОРИТМ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ
ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ
СОВПАДАЕТ С ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ**

- а асистолии
- б желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях
- в электромеханической диссоциации с полной атриовентрикулярной блокадой на мониторе электрического дефибриллятора
- г электромеханической диссоциации с синусовой тахикардией на мониторе электрического дефибриллятора
- д электромеханической диссоциации с идиовентрикулярным ритмом на мониторе электрического дефибриллятора

**ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПЕРВОГО РАЗРЯДА
ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ
НЕОБХОДИМО**

- а проводить закрытый массаж сердца в течение 7 минут
- б выявить картину фибрилляции желудочков на мониторе электрического дефибриллятора
- в внутривенно ввести лидокаин
- г внутривенно ввести кальция глюконат
- д внутривенно ввести раствор натрия гидрокарбоната

**ДЛЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ
НЕОБХОДИМО**

- а включить режим синхронизации
- б смазать электроды дефибриллятора гелем для электродов электрокардиографа или датчика эхографии
- в избегать плотного прижатия электродов дефибриллятора к телу больного
- г исключить контакт электродов дефибриллятора между собой
- д пальпаторно контролировать пульс на бедренной артерии во время разряда

**КОНТРОЛЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
СЕРДЦА И ПУЛЬСА ПОСЛЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ
ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- а сразу после проведения разряда
- б только после 2 минут проведения первичной сердечно-легочной реанимации
- в только через 5 минут проведения первичной сердечно-легочной реанимации
- г только после внутривенного введения адреналина
- д только после внутривенного введения кальция глюконата

**ПОЯВЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ФОРМЫ
ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА
(НАПРИМЕР, СИНУСОВОГО РИТМА) ПОСЛЕ
ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ
ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ**

- а всегда отражает восстановление спонтанного кровообращения
- б свидетельствует об успешности реанимационных мероприятий только при наличии пульса на сонных артериях
- в свидетельствует об успешности реанимационных мероприятий только при восстановлении сознания у больного
- г невозможно без предварительного внутривенного введения адреналина
- д невозможно без предварительного внутривенного введения лидокаина

**СРАЗУ ПОСЛЕ ПЕРВОГО РАЗРЯДА,
ПРОВЕДЕННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ
ДЕФИБРИЛЛЯТОРОМ, НЕОБХОДИМО**

- а определить форму электрической активности сердца на кардиомониторе
- б определить наличие пульса на сонных артериях в течение 20 секунд
- в провести не менее 5 циклов первичной сердечно-легочной реанимации
- г провести повторную электрическую дефибрилляцию тем же разрядом
- д провести повторную электрическую дефибрилляцию разрядом большей энергии

**ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВО ВРЕМЯ
РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ИХ
ДОЗА ПО СРАВНЕНИЮ С ВНУТРИВЕННЫМ
ВВЕДЕНИЕМ**

- а уменьшается в 3 раза
- б уменьшается в 2 раза
- в не меняется
- г увеличивается в 2 раза
- д увеличивается в 3 раза

**СУММАРНАЯ ДОЗА ВНУТРИВЕННО
ВВОДИМОГО АДРЕНАЛИНА ПРИ
ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ
РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ**

- а составляет 1 мг
- б составляет 3 мг
- в составляет 5 мг
- г составляет не более 10 мг
- д не ограничена

**СУММАРНАЯ ДОЗА ВНУТРИКОСНО
ВВОДИМОГО АДРЕНАЛИНА ПРИ
ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ
РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ**

- а составляет 1 мг
- б составляет 2 мг
- в составляет не более 5 мг
- г составляет не более 10 мг
- д не ограничена

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ
РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ АДРЕНАЛИН**

- а противопоказан при асистолии
- б противопоказан при фибрилляции желудочков
- в противопоказан при электромеханической диссоциации
- г показан только при желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях
- д показан при любой форме электрической активности сердца

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ
РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ АДРЕНАЛИН**

- а вводится лишь однократно в начале реанимационного пособия в дозе 1 мг внутривенно
- б вводится лишь однократно в начале реанимационного пособия в дозе 3 мг внутривенно
- в вводится лишь однократно в дозе 2 мг интратрахеально
- г вводится внутривенно по 1 мг каждые 5 минут
- д вводится интратрахеально по 1 мг каждые 5 минут

**ПРИ СОХРАНЯЮЩЕЙСЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ЖЕЛУДОЧКОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН**

- а лидокаин
- б атропин
- в АТФ
- г амиодарон
- д эуфиллин

Начальная РАЗОВАЯ доза внутривенно вводимого Амиодарона при фибрилляции желудочков у взрослого составляет

- а 75 мг
- б 150 мг
- в 225 мг
- г 300 мг
- д 450 мг

ПРИ СОХРАНЯЮЩЕЙСЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ И НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМИОДАРОНА ПОКАЗАН

- а изоптин
- б атропин
- в АТФ
- г лидокаин
- д допамин

ПРИ РЕГИСТРАЦИИ АСИСТОЛИИ НА МОНИТОРЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ДЕФИБРИЛЛЯТОРА СЛЕДУЕТ

- а отказаться от проведения реанимационных мероприятий
- б провести электрическую дефибрилляцию монофазным разрядом 360 Дж
- в начать закрытый массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, внутривенно вводить адреналина, лидокаин и кальция глюконат
- г начать закрытый массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, внутривенно или эндотрахеально ввести по 1 мг адреналина и атропина, провести электрическую дефибрилляцию бифазным разрядом 200 Дж
- д начать закрытый массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, внутривенно вводить адреналин

ПРИ АСИСТОЛИИ ПОКАЗАНО

- а введение адреналина
- б введение атропина
- в введение эуфиллина
- г введение кордарона
- д проведение электрической дефибрилляции

**ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ВО
ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

- а показано в любом случае
- б показано всегда при асистолии
- в показано при асистолии, обусловленной гиперкалиемией
- г показано всегда при фибрилляции желудочков
- д противопоказано в любом случае

**ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ВО
ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

- а показано в любом случае
- б показано при асистолии, обусловленной гипокалиемией
- в показано при остановке сердца, вызванной передозировкой антагонистов кальция
- г показано всегда при фибрилляции желудочков
- д противопоказано в любом случае

**ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА НАТРИЯ
ГИДРОКАРБОНАТА ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ
СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а показано всегда через 10 минут проведения реанимационных мероприятий
- б показано всегда через 20 минут проведения реанимационных мероприятий
- в показано при гипокалиемии
- г показано при отравлении трициклическими антидепрессантами
- д противопоказано в любом случае

**При КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ, ВЫЗВАННОЙ
МАССИВНЫМ ВНУТРИБРЮШНЫМ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ, стандартный комплекс
реанимационных мероприятий должен
быть дополнен**

- а введением допамина в дозе 5-7 мкг/кг/мин
- б введением допамина в дозе 10-15 мкг/кг/мин
- в проведением массивной инфузионной терапии
- г введением препаратов кальция

д введением дроперидола

**АБСОЛЮТНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОГО
ВЫПОЛНЕНИЯ КОМПЛЕКСА СЕРДЕЧНО-
ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
 - б регистрация эффективной формы электрической активности сердца (например, синусового ритма)
 - в появление пятен Лярше
 - г положительный симптом «кошачьего зрачка»
- д появление самостоятельного пульса на сонных артериях

**РАННИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а одышка
- б угнетение сознания
- в артериальная гипотензия
- г брадикардия
- д акроцианоз

ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ

- а является инвазивным методом
- б измеряет насыщение гемоглобина кислородом
- в отражает вентиляционные дыхательные нарушения
- г информативна при отравлении угарным газом
- д завышает реальные значения сатурации крови при гипотермии

КАПНОМЕТРИЯ

- а является инвазивным методом
- б позволяет измерять частоту пульса
- в измеряет насыщение гемоглобина углекислым газом
- г отражает вентиляционные дыхательные нарушения
- д является полноценной заменой пульсоксиметрии на догоспитальном этапе

**СТРИДОРНОЕ ДЫХАНИЕ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- а затруднением дыхания только в фазу вдоха
- б затруднением дыхания только в фазу выдоха
- в затруднением дыхания в фазы вдоха и выдоха
- г частым равномерным дыханием с периодами апноэ
- д частым неравномерным дыханием с периодами апноэ

**СТРИДОРНОЕ ДЫХАНИЕ ХАРАКТЕРНО
ДЛЯ**

- а обструкции верхних дыхательных путей
- б бронхоспазма аллергического генеза
- в острой сердечной недостаточности
- г приступа бронхиальной астмы
- д отравления угарным газом

**ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- а затруднением дыхания только в фазу вдоха
- б затруднением дыхания только в фазу выдоха
- в затруднением дыхания в фазы вдоха и выдоха
- г частым равномерным дыханием с периодами апноэ
- д частым неравномерным дыханием с периодами апноэ

**ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ХАРАКТЕРНА
ДЛЯ**

- а инородного тела, частично обтурирующего просвет трахеи
- б бронхоспастического синдрома
- в острой сердечной недостаточности
- г аллергического отека гортани
- д дифтерийного ларингита

Функция внешнего дыхания определяется

- а легочной вентиляцией
- б уровнем тканевого дыхания
- в состоянием альвеолярно-капиллярной мембраны
- г сердечным выбросом

д количеством гемоглобина

УСТАНОВКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО ВОЗДУХОВОДА

- а способствует развитию асфиксии вследствие западения корня языка
- б защищает дыхательные пути от аспирации желудочного содержимого
- в провоцирует рвотный рефлекс
- г усложняет искусственное дыхание методом «рот в рот»
- д препятствует перераздуванию желудка воздухом при искусственной вентиляции легких

ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- а малоэффективна для стабильного поддержания проходимости верхних дыхательных путей
- б является альтернативой плевральной пункции при напряженном клапанном пневмотораксе
- в не обеспечивает герметичность дыхательных путей
- г препятствует точной регулировке параметров искусственной вентиляции легких
- д обеспечивает доступ для введения лекарственных препаратов

ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- а показана только при клинической смерти
- б противопоказана у больных без сознания
- в никогда не используется у больных в сопоре
- г может потребоваться больным с сохраненным сознанием
- д абсолютно показана при частоте дыхания менее 10 в минуту

ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНА

- а только при остановке дыхания
- б всегда при одышке более 40 дыханий в минуту

- в всегда при одышке более 30 дыханий в минуту при нормальной температуре тела
- г всегда при частоте дыхания реже 4 в минуту
- д всегда при коматозном состоянии

**ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВСЕГДА
ПОКАЗАНА ПРИ**

- а гипогликемической коме
- б кардиогенном шоке
- в отравлении снотворными препаратами, сопровождающемся комой
- г повреждении шейного отдела позвоночника
- д напряженном клапанном пневмотораксе

**ОРОТРАХЕАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ**

- а сохраненном сознании
- б кардиогенном шоке
- в переломе челюстей
- г затруднении дыхания стридорозного характера
- д ликворее

**При ОРОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ
дистальный конец интубационной трубки,
введенной в трахею взрослому мужчине на
глубину 28 см, наиболее вероятно будет
располагаться**

- а в ротоглотке
- б в средней трети трахеи
- в на бифуркации трахеи
- г в правом главном бронхе
- д в левом главном бронхе

**НАЗОТРАХЕАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ
«ВСЛЕПУЮ» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а не проводится
- б противопоказана при признаках перелома основания черепа
- в противопоказана при переломе челюстей
- г противопоказана при повреждении шейного отдела позвоночника

- д является альтернативным методом при клинической смерти

**НАЗОТРАХЕАЛЬНАЯ ИНТУБАЦИЯ
«ВСЛЕПУЮ» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а выполняется быстрее оротрахеальной интубации
- б возможна только после введения мышечных релаксантов
- в осуществима только интубационной трубкой без манжеты
- г применяется только у мужчин
- д противопоказана при апноэ

При НАЗОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ дистальный конец интубационной трубки, введенной в трахею взрослому мужчине на глубину 28 см, наиболее вероятно будет располагаться

- а в ротоглотке
- б в средней трети трахеи
- в на бифуркации трахеи
- г в правом главном бронхе
- д в левом главном бронхе

ПриЕМ СЕЛЛИКА

- а провоцирует аспирацию желудочного содержимого
- б осуществляется давлением на щитовидный хрящ гортани
- в неприменим при назотрахеальной интубации
- г при оротрахеальной интубации улучшает визуализацию голосовой щели
- д требует предварительного введения мышечных релаксантов

ПОДДЕРЖАНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ЗАЩИТА ИХ ОТ АСПИРАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬСЯ

- а использованием орофарингеального воздуховода
- б выполнением тройного приема Сафара
- в выполнением приема Селлика
- г выполнением приема Геймлиха
- д применением ларингеальной трубки

ЛАРИНГЕАЛЬНАЯ ТРУБКА

- а является синонимом ларингеальной маски
- б не может быть установлена без ларингоскопа
- в обеспечивает полноценную защиту от аспирации желудочного содержимого
- г позволяет полноценно промывать желудок
- д применима только у взрослых

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- а утоплении
- б клинической смерти
- в нарастающем отеке гортани
- г черепно-мозговой травме, сопровождающейся комой
- д апноэ на фоне отравления опиатами

КОНИКТОМИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- а не применяется
- б показана всегда при неудавшейся интубации трахеи
- в обязательна при быстро прогрессирующем отеке верхних дыхательных путей, рефрактерном к медикаментозной терапии, и невозможности интубации трахеи
- г противопоказана в педиатрической практике
- д невыполнима у женщин

ИНГАЛЯЦИЯ КИСЛОРОДА ПРОТИВОПОКАЗАНА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ

- а бронхоастматическом статусе
- б отравлении угарным газом
- в отравлении хлором
- г закрытом пневмотораксе
- д диабетической кетоацидотической коме

75% СОДЕРЖАНИЕ КИСЛОРОДА ВО ВДЫХАЕМОЙ СМЕСИ ПРИ ЕГО ИНГАЛЯЦИИ ЧЕРЕЗ НОСОВЫЕ КАТЕТЕРЫ

- а недостижимо
- б требует потока кислорода 3 л/мин
- в требует потока кислорода 4 л/мин
- г требует потока кислорода 5 л/мин

д требует потока кислорода 8 л/мин

**100% СОДЕРЖАНИЕ КИСЛОРОДА ВО
ВДЫХАЕМОЙ СМЕСИ ПРИ ЕГО ИНГАЛЯЦИИ
ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ МАСКУ ДЛЯ
ОКСИГЕНОТЕРАПИИ**

- а недостижимо
- б требует потока кислорода 2 л/мин
- в требует потока кислорода 3 л/мин
- г требует потока кислорода 5 л/мин
- д требует потока кислорода 9 л/мин

ЛИЦЕВАЯ МАСКА ДЛЯ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ

- а обеспечивает герметичность дыхательных путей
- б позволяет проводить искусственную вентиляцию легких при необходимости
- в противопоказана у больных в сознании
- г применима только у больных с сохраненным минутным объемом дыхания
- д поддерживает содержание кислорода во вдыхаемой смеси 75% и более

**100% СОДЕРЖАНИЕ КИСЛОРОДА ВО
ВДЫХАЕМОЙ СМЕСИ ПРИ ЕГО ИНГАЛЯЦИИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а недостижимо
- б достижимо при использовании лицевой маски для оксигенотерапии и потоке кислорода 7 л/мин
- в достижимо при использовании лицевой маски для оксигенотерапии и потоке кислорода более 10 л/мин
- г достижимо только при использовании герметичной лицевой маски для искусственной вентиляции легких и потоке кислорода не менее 5 л/мин
- д достижимо только при использовании герметичной лицевой маски для искусственной вентиляции легких и потоке кислорода не менее минутного объема дыхания

**ПРИ ДАВЛЕНИИ КИСЛОРОДА В 10-
ЛИТРОВОМ БАЛЛОНЕ 90 АТМОСФЕР
ИНГАЛЯЦИЯ КИСЛОРОДА С ПОТОКОМ 5
л/мин ВОЗМОЖНА В ТЕЧЕНИЕ**

- а 10 часов
- б 5 часов
- в 3 часов
- г 2 часов
- д 1 часа

ПРИ ДАВЛЕНИИ КИСЛОРОДА В 2-ЛИТРОВОМ БАЛЛОНЕ 50 АТМОСФЕР ИНГАЛЯЦИЯ КИСЛОРОДА С ПОТОКОМ 5 л/мин ВОЗМОЖНА В ТЕЧЕНИЕ

- а 2 часа
- б 1 час
- в 40 минут
- г 20 минут
- д 10 минут

ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ВЗРОСЛОМУ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а частота дыхания 9 в минуту
- б частота дыхания 14 в минуту
- в частота дыхания 30 в минуту при нормальной температуре тела
- г частота дыхания 42 в минуту при нормальной температуре тела
- д частота дыхания 44 в минуту при температуре тела 40,8 гр.С

РАСЧЕТНЫЙ МИНУТНЫЙ ОБЪЕМ ДЫХАНИЯ ПРИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛОГО С МАССОЙ ТЕЛА 90 КГ СОСТАВЛЯЕТ

- а 8 л/мин
- б 9 л/мин
- в 10 л/мин
- г 11 л/мин
- д 12 л/мин

РАСЧЕТНЫЙ МИНУТНЫЙ ОБЪЕМ ДЫХАНИЯ ПРИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛОГО С МАССОЙ ТЕЛА 70 КГ И ГИПЕРТЕРМИЕЙ 40,5 гр.С СОСТАВЛЯЕТ

- а 7 л/мин
- б 8 л/мин
- в 9 л/мин
- г 10 л/мин
- д 11 л/мин

**ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ В 1,5
РАЗА НА АППАРАТЕ ИСКУССТВЕННОЙ
ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ И НЕИЗМЕННОМ
МИНУТНОМ ОБЪЕМЕ ДЫХАНИЯ
ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ**

- а увеличивается в 2 раза
- б увеличивается в 1,5 раза
- в не меняется
- г уменьшается в 1,5 раза
- д уменьшается в 2 раза

**РЕЖИМ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ
ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ**

- а не влияет на церебральный и коронарный кровоток
- б увеличивает церебральный и коронарный кровоток
- в увеличивает церебральный и уменьшает коронарный кровоток
- г уменьшает церебральный и увеличивает коронарный кровоток
- д уменьшает церебральный и коронарный кровоток

**ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ С
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В КОНЦЕ
ВЫДОХА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а не применяется
- б показана при утоплении
- в показана при кардиогенном шоке
- г показана при закрытом пневмотораксе
- д показана при геморрагическом шоке

**ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРИ
МНОЖЕСТВЕННЫХ ДВУХСТРОННИХ
ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ**

- а не показана
- б допустима только в режиме гиповентиляции
- в проводится с увеличенным дыхательным объемом и меньшей частотой дыхания
- г проводится с уменьшенным дыхательным объемом и большей частотой дыхания
- д проводится с увеличенным дыхательным объемом и большей частотой дыхания

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА У ПОСТРАДАВШЕГО ПОСЛЕ
электротравмы С СОХРАНЕННЫМ
СОЗНАНИЕМ И СТАБИЛЬНОЙ
ГЕМОДИНАМИКОЙ ВКЛЮЧАЕТ**

- а внутривенное введение панангина, актив в поликлинику
- б регистрацию электрокардиограммы, актив в поликлинику при отсутствии нарушений сердечного ритма
- в госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий
- г регистрацию электрокардиограммы, госпитализацию в стационар с постоянным электрокардиомониторингом

- д регистрацию электрокардиограммы, профилактическое введение лидокаина или амиодарона, госпитализацию в стационар с постоянным электрокардиомониторингом

**ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО
ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а дополнительные мероприятия не проводятся

- б целесообразна транспортировка в положении Трендленбурга
- в необходима адекватная респираторная поддержка
- г применимы дыхательные analeптики (например, кофеин и кордиамин)
- д показано введение лазикса

ИСТИННОЕ УТОПЛЕНИЕ

- а относится к утоплению «бледного» типа
- б характерно только для утопления в пресной воде
- в сопровождается массивной аспирацией жидкости
- г часто провоцирует развитие гипертермии на догоспитальном этапе
- д требует тщательной санации трахеобронхиального дерева до начала других реанимационных мероприятий

АСФИКСИЧЕСКОЕ УТОПЛЕНИЕ

- а относится к утоплению «синего» типа
- б характерно для повреждения шейного отдела спинного мозга
- в сопровождается первичной остановкой кровообращения
- г сопровождается массивной аспирацией жидкости
- д требует тщательной санации трахеобронхиального дерева до начала других реанимационных мероприятий

СИНКОПАЛЬНОЕ УТОПЛЕНИЕ

- а относится к утоплению «синего» типа
- б встречается только при утоплении в бассейне
- в сопровождается первичной остановкой кровообращения
- г сопровождается массивной аспирацией жидкости
- д требует тщательной санации трахеобронхиального дерева до начала других реанимационных мероприятий

ПРИ ОСТАНОВКЕ ДЫХАНИЯ У ПОСТРАДАВШЕГО С «СИНИМ» ТИПОМ УТОПЛЕНИЯ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО

- а начать ингаляцию кислорода
- б провести тщательную санацию трахеобронхиального дерева с помощью отсоса
- в восстановить проходимость верхних дыхательных путей и начать искусственную вентиляцию легких
- г ввести внутривенно глюкокортикоидные гормоны и лазикс
- д ввести внутривенно кордиамин и кофеин

ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПЕРЕГРЕВАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

- а сильная головная боль, тошнота, рвота
- б гиперемия и влажность кожных покровов, повышенная (до 39-40 градусов С) температура тела
- в сухая кожа, горячая на ощупь
- г тахикардия
- д ортостатическая артериальная гипотензия

**ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ
ПЕРЕГРЕВАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ**

- а слабая головная боль
- б неизменные кожные покровы, нормальная температура тела
- в сухая кожа, горячая на ощупь
- г брадикардия
- д ортостатическая артериальная гипотензия

**ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПЕРЕГРЕВАНИЯ
НАБЛЮДАЕТСЯ**

- а слабая головная боль
- б гиперемия и влажность кожных покровов, температура тела выше 40 градусов С
- в сухая кожа, горячая на ощупь
- г брадикардия
- д ортостатическая артериальная гипотензия

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ
ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЯХ
ПЕРЕГРЕВАНИЯ ОБУСЛОВЛЕННЫ**

- а снижением сократительной способности миокарда
- б препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- в препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- г первичным снижением объема циркулирующей крови
- д первичным снижением сосудистого тонуса

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ
ПЕРЕГРЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

- а госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий
- б перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, обильное питье
- в перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, обильное питье

- г перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами
- д перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами, фармакологическую коррекцию гипертермии и противосудорожную терапию, госпитализацию в стационар

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ
ПЕРЕГРЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

- а госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий
- б перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, обильное питье
- в перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами, госпитализацию в стационар
- г перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, ингаляцию кислорода, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами, госпитализацию в стационар
- д перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, ингаляцию кислорода, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами, фармакологическую коррекцию гипертермии и противосудорожную терапию, госпитализацию в стационар

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
ПЕРЕГРЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

- а госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий

- б перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, обильное питье
- в перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами, госпитализацию в стационар
- г перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, ингаляцию кислорода, фармакологическую коррекцию гипертермии и противосудорожную терапию, госпитализацию в стационар
- д перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, ингаляцию кислорода, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами, фармакологическую коррекцию гипертермии и противосудорожную терапию, госпитализацию в стационар

**ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ
НАБЛЮДАЕТСЯ**

- а сопор
- б неспособность к самостоятельным движениям
- в тахикардия
- г артериальная гипотензия
- д ректальная температура 33-35 градусов С

**ПРИ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ
ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ**

- а глубокая кома
- б неспособность к самостоятельным движениям
- в умеренная брадикардия не реже 60 ударов в минуту
- г артериальная гипотензия
- д ректальная температура 33-35 градусов С

**ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ
НАБЛЮДАЕТСЯ**

- а сопор

- б окоченение тела
- в брадикардия 40-50 ударов в минуту
- г одышка
- д ректальная температура 31-32 градусов С

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИИ
ВКЛЮЧАЕТ**

- а госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий
- б перемещение пострадавшего в салон санитарного транспорта, включение штатных обогревательных приборов, госпитализацию в стационар
- в перемещение пострадавшего в салон санитарного транспорта, выключение штатных обогревательных приборов, теплоизоляцию пострадавшего, госпитализацию в стационар
- г перемещение пострадавшего в салон санитарного транспорта, активное согревание путем растирания конечностей и туловища, госпитализацию в стационар
- д перемещение пострадавшего в салон санитарного транспорта, выключение штатных обогревательных приборов, теплоизоляцию пострадавшего, внутривенное введение сосудорасширяющих средств, госпитализацию в стационар

**ПРИ РАЗВИТИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ЖЕЛУДОЧКОВ У ПОСТРАДАВШЕГО С
ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ
ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ЭФФЕКТИВНА ПРИ
РЕКТАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЕ НЕ НИЖЕ**

- а 26 градусов С
- б 28 градусов С
- в 30 градусов С
- г 32 градусов С
- д 35 градусов С

**СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПРИ
ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ
ОБУСЛОВЛЕНО**

- а снижением сократительной способности миокарда

- б препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- в препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- г снижением венозного притока крови к сердцу
- д генерализованной вазодилатацией

**РАЗВИТИЕ ШОКА ПРИ КЛАПАННОМ
НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ СО
СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО**

- а снижением сократительной способности миокарда
- б препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- в препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- г снижением венозного притока крови к сердцу
- д генерализованной вазодилатацией

**РАЗВИТИЕ ШОКА ПРИ МАССИВНОЙ
ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
ОБУСЛОВЛЕНО**

- а снижением сократительной способности миокарда
- б препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- в препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- г снижением венозного притока крови к сердцу
- д генерализованной вазодилатацией

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДЛЯ
СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ
ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ,
ОБУСЛОВЛЕННОМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПЕРВИЧНО
ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- а проведение массивной инфузионной терапии
- б введение нитратов
- в введение сердечных гликозидов и глюкокортикоидных гормонов
- г введение вазопрессоров (норадреналин, мезатон)
- д введение кардиотоников (допамин, добутамин)

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ
ПЕРВОЙ ФАЗЫ ИНФЕКЦИОННО-
ТОКСИЧЕСКОГО (СЕПТИЧЕСКОГО) ШОКА
ОБУСЛОВЛЕННЫ**

- а снижением сократительной способности миокарда
- б препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- в препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- г первичным снижением объема циркулирующей крови
- д первичным снижением сосудистого тонуса

**ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ
ВТОРОЙ ФАЗЫ ИНФЕКЦИОННО-
ТОКСИЧЕСКОГО (СЕПТИЧЕСКОГО) ШОКА
ОБУСЛОВЛЕННЫ**

- а снижением сократительной способности миокарда
- б препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- в препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- г первичным снижением объема циркулирующей крови
- д первичным снижением сосудистого тонуса

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ
ПЕРВОЙ ФАЗЕ ИНФЕКЦИОННО-
ТОКСИЧЕСКОГО (СЕПТИЧЕСКОГО) ШОКА
ДОСТИГАЕТСЯ**

- а проведением массивной инфузионной терапии
- б введением допамина в дозе 2,5-5 мкг/кг/мин
- в использованием глюкокортикоидных гормонов и вазопрессоров (норадреналин, допамин в дозе 10 и более мкг/кг/мин) на фоне инфузионной терапии
- г применением добутамина
- д применением сердечных гликозидов на фоне инфузии поляризующей смеси

**ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ
АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а снижение сократительной способности миокарда
- б препятствие кровотоку в малом круге кровообращения
- в препятствие кровотоку в большом круге кровообращения
- г первичное снижение объема циркулирующей крови
- д первичное снижение сосудистого тонуса

**ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ
РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а супрастин
- б дексаметазон
- в адреналин
- г допамин
- д кальция глюконат

**ПРИ ВНЕЗАПНОМ СНИЖЕНИИ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПОСЛЕ
ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКА, В ПЕРВУЮ
ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
ВНУТРИВЕННО**

- а супрастин
- б кордиамин
- в адреналин
- г глюкокортикоидные гормоны
- д раствор натрия гидрокарбоната

**ПРИ ВНЕЗАПНОМ СНИЖЕНИИ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВСКОРЕ ПОСЛЕ
КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ
Экстрасистолии ЛИДОКАИНОМ, В ПЕРВУЮ
ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
ВНУТРИВЕННО**

- а кальция глюконат
- б супрастин
- в адреналин
- г глюкокортикоидные гормоны
- д раствор гидроксиэтилкрахмала

**ПРИ ВНЕЗАПНОМ СНИЖЕНИИ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ВСКОРЕ ПОСЛЕ
ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ
КЕТОРОЛАКА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
КОРЕШКОВОГО СИНДРОМА, В ПЕРВУЮ
ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ
ВНУТРИВЕННО**

- а кальция глюконат
- б налоксон
- в адреналин
- г глюкокортикоидные гормоны
- д супрастин

**ПРОГРЕССИРОВАНИЕ СТРИДОРНОЙ
ОДЫШКИ ПОСЛЕ УКУСА ОСЫ ПРИ
СОХРАНЕНИИ НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, В ПЕРВУЮ
ОЧЕРЕДЬ, ТРЕБУЕТ ВВЕДЕНИЕ ВНУТРИВЕННО**

- а супрастина
- б кордиамина
- в адреналина
- г глюкокортикоидных гормонов
- д кальция глюконата

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ
ЗАТРУДНЕНИЯ ДЫХАНИЯ НА ВДОХЕ И
ВЫДОХЕ ПОСЛЕ УКУСА ОСЫ ВКЛЮЧАЕТ**

- а госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий
- б незамедлительную госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода через лицевую маску или носовые катетеры, при дальнейшем ухудшении применение ларингеальной трубки
- в незамедлительное выполнение коникотомии и госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода
- г внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов, при неэффективности - адреналин, при дальнейшем ухудшении выполнение коникотомии и госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода

- д внутривенное введение адреналина и глюкокортикоидных гормонов, при дальнейшем ухудшении - осуществление попытки интубации трахеи, при технической невозможности - выполнение коникотомии и госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ
АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ БЕЗ
ЗАТРУДНЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ
ВВЕДЕНИЕ**

- а только антигистаминных препаратов
- б только глюкокортикоидных гормонов
- в глюкокортикоидных гормонов и антигистаминных препаратов
- г адреналина и глюкокортикоидных гормонов

- д адреналина, глюкокортикоидных гормонов и антигистаминных препаратов

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ
АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ ВКЛЮЧАЕТ
ВВЕДЕНИЕ**

- а только антигистаминных препаратов
- б только глюкокортикоидных гормонов
- в глюкокортикоидных гормонов и антигистаминных препаратов
- г адреналина и глюкокортикоидных гормонов

- д адреналина, глюкокортикоидных гормонов и антигистаминных препаратов

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ
АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ ВКЛЮЧАЕТ
ВВЕДЕНИЕ**

- а только кальция глюконата
- б антигистаминных препаратов
- в только глюкокортикоидных гормонов
- г глюкокортикоидных гормонов и антигистаминных препаратов
- д адреналина, глюкокортикоидных гормонов и антигистаминных препаратов

ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ СПИНАЛЬНОГО ШОКА ПРИ ТРАВМЕ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА ЯВЛЯЕТСЯ

- а снижение сократительной способности миокарда
- б препятствие кровотоку в малом круге кровообращения
- в препятствие кровотоку в большом круге кровообращения
- г первичное снижение объема циркулирующей крови
- д первичное снижение сосудистого тонуса

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- а снижением сократительной способности миокарда
- б препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- в препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- г первичным снижением объема циркулирующей крови
- д первичным снижением сосудистого тонуса

ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- а снижение сократительной способности миокарда
- б болевой синдром
- в препятствие кровотоку в большом круге кровообращения
- г первичное снижение объема циркулирующей крови
- д первичное снижение сосудистого тонуса

ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ДО 10% ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

- а изменения гемодинамики отсутствуют
- б пульс учащается на 30%
- в снижается систолическое артериальное давление
- г повышается диастолическое артериальное давление
- д увеличивается пульсовое артериальное давление

**ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ 20-25%
ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ**

- а изменения гемодинамики отсутствуют
- б пульс учащается на 20%
- в снижается диастолическое артериальное давление
- г уменьшается пульсовое артериальное давление
- д снижается систолическое артериальное давление в положении лежа

**ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ТАХИКАРДИЯ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ УЖЕ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА
ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ**

- а до 10%
- б более 15%
- в более 20%
- г более 30%
- д более 40%

**ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПОТЕНЗИЕЙ УЖЕ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА
ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ**

- а до 10%
- б 15%
- в 20-25%
- г 30% и более
- д более 40%

**ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
СНИЖЕНИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ
ЛЕЖА УЖЕ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА
ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ**

- а до 10%
- б 15-20%
- в 30%
- г 40%
- д 50%

**ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЛГОВЕРА
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- а отношением частоты пульса к систолическому артериальному давлению

- б отношением частоты пульса к диастолическому артериальному давлению
- в отношением частоты пульса к среднему артериальному давлению
- г разницей между частотой пульса и дыхания
- д разницей между систолическим и диастолическим давлением

В НОРМЕ ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЛГОВЕРА РАВЕН

- а менее 0,5
- б 0,5-0,7
- в 1,0-1,2
- г 1,5-2,0
- д более 2,0

Шоковый индекс АЛЛГОВЕРА при острой кровопотере 20-25% ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ равен

- а 0,5
- б 0,7
- в 1
- г 1,5
- д 2

ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЛГОВЕРА ОШИБОЧНО ОТРАЖАЕТ ОБЪЕМ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ

- а изолированной скелетной травме
- б множественной скелетной травме
- в сочетанной черепно-мозговой травме
- г изолированной травме живота
- д скелетной травме, сочетанной с повреждением внутренних органов

ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК I СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

- а менее 10%
- б 10%
- в 20%
- г 30-40%
- д более 40%

ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК II СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

- а менее 10%

- б 10%
- в 20%
- г 30-40%
- д более 40%

**ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК III СТЕПЕНИ
ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА
ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ**

- а менее 10%
- б 10%
- в 20%
- г 30-40%
- д более 40%

**ДЛЯ ШОКА I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ**

- а ниже 60 мм ст.
- б 60-80 мм рт.ст.
- в 90-100 мм рт.ст.
- г 120-130 мм рт.ст.
- д выше 130 мм рт.ст.

**ДЛЯ ШОКА II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ**

- а ниже 60 мм ст.
- б 60-80 мм ст.
- в 90-100 мм ст.
- г 100-120 мм ст.
- д 130 мм рт и выше

**ДЛЯ ШОКА III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ**

- а ниже 60 мм ст.
- б 60-80 мм ст.
- в 90-100 мм ст.
- г 100-120 мм ст.
- д 130 мм рт и выше

**ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАДАЧЕЙ
ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а восполнение дефицита объема циркулирующей крови
- б стимуляция сократительной способности миокарда

- в улучшение реологических свойств крови
- г коррекция электролитного баланса крови
- д повышение сосудистого тонуса

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ
ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ, В ПЕРВУЮ
ОЧЕРЕДЬ, ДОСТИГАЕТСЯ**

- а проведением массивной инфузионной терапии
- б введением инотропных препаратов
- в введением вазопрессоров и глюкокортикоидных гормонов
- г проведением респираторной поддержки
- д стимуляцией диуреза

**ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ
ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ БЕЗ ПРИЗНАКОВ
ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА
ПРОВОДИТЬСЯ В ОБЪЕМЕ**

- а 400 мл
- б 800 мл
- в 50% предполагаемой кровопотери
- г 100% предполагаемой кровопотери
- д 200% предполагаемой кровопотери

**РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ
ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ I СТЕПЕНИ БЕЗ
ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ**

- а 250 мл
- б 500 мл
- в 1000 мл
- г 1500 мл
- д 2000 мл

**РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ
ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ II СТЕПЕНИ БЕЗ
ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ**

- а 250 мл

- б 500 мл
- в 1000 мл
- г 1500-2000 мл
- д более 2000 мл

**РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ
ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ III СТЕПЕНИ БЕЗ
ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ**

- а 250 мл
- б 500 мл
- в 1000 мл
- г 1500-2000 мл
- д более 2000 мл

**НАИМЕНЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СКОРОСТЬ
ВНУТРИВЕННОЙ ИНФУЗИИ ОКАЗЫВАЕТ**

- а внутренний диаметр венозного катетера
- б длина венозного катетера
- в калибр вены (центральная или периферическая)
- г высота расположения флакона с инфузионным раствором
- д вид раствора (коллоидный или кристаллоидный раствор)

**ПРИ ОДИНАКОВОМ ДИАМЕТРЕ ВЕНОЗНОГО
КАТЕТЕРА СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ
КОЛЛОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО
СРАВНЕНИЮ С КРИСТАЛЛОИДНЫМИ**

- а примерно в 5 раз ниже
- б примерно в 2 раза ниже
- в одинаковая
- г примерно в 2 раза выше
- д примерно в 3 раза выше

**ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРИВЕННОЙ
ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПОД ДАВЛЕНИЕМ**

- а противопоказано на догоспитальном этапе
- б снижает скорость введения коллоидных инфузионных препаратов

- в увеличивает риск воздушной эмболии даже при использовании манжет для наружной компрессии флакона с инфузионным раствором
- г позволяет ускорить инфузию в 2 раза при наружной компрессии с давлением 300 мм рт.ст.
- д возможно только при катетеризации центральной вены

ВНУТРИКОСТНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- а неприменим на догоспитальном этапе
- б позволяет проводить только медленную капельную инфузию
- в противопоказан для инфузии коллоидных препаратов
- г требует увеличения дозы вводимого препарата в 2 раза
- д обеспечивает такую же скорость наступления эффекта, как и внутривенный доступ

ПРОВЕДЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОЙ ИНФУЗИИ ПОД ДАВЛЕНИЕМ

- а противопоказано
- б обеспечивает только капельную инфузию
- в неприменимо для инфузии коллоидных препаратов
- г позволяет достичь у взрослых скорость инфузии кристаллоидных препаратов до 100 мл/мин
- д исключает внутривенное введение лекарственных препаратов

ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ДО 2 ЛИТРОВ (ШОК I И II СТЕПЕНИ)

- а коллоидные препараты не применяются
- б кристаллоидные препараты не применяются
- в объемное соотношение коллоидных и кристаллоидных препаратов должно составлять 2:1
- г объемное соотношение коллоидных и кристаллоидных препаратов должно составлять 1:1

- д объемное соотношение коллоидных и кристаллоидных препаратов должно составлять 1:2

ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ БОЛЕЕ 2 ЛИТРОВ (ШОК III СТЕПЕНИ)

- а коллоидные препараты не применяются
- б кристаллоидные препараты не применяются
- в объемное соотношение коллоидных и кристаллоидных препаратов должно составлять 2:1
- г объемное соотношение коллоидных и кристаллоидных препаратов должно составлять 1:1
- д объемное соотношение коллоидных и кристаллоидных препаратов должно составлять 1:2

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ФАЗЫ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- а не проводится
- б начинается с гипертонического электролитного раствора
- в начинается с изотонического электролитного раствора
- г начинается с 10% раствора гидроксиэтилкрахмала
- д начинается с полиглюкина

ОПТИМАЛЬНЫМ КОЛЛОИДНЫМ ПРЕПАРАТОМ В КОМПЕНСИРОВАННУЮ ФАЗУ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а полиглюкин
- б реополиглюкин
- в 6% раствор гидроксиэтилкрахмала-130
- г 6% раствор гидроксиэтилкрахмала-200
- д 10% раствор гидроксиэтилкрахмала-200

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФАЗЫ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА II СТЕПЕНИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ С ВВЕДЕНИЯ

- а 5% раствора глюкозы
- б 0,9% раствора натрия хлорида

- в 10% раствора гидроксиэтилкрахмала
- г реополиглюкина
- д 7,5% раствора натрия хлорида

**ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ
ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФАЗЫ
ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА II СТЕПЕНИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА
НАЧИНАТЬСЯ С ВВЕДЕНИЯ**

- а 5% раствора глюкозы
- б 0,9% раствора натрия хлорида
- в полиглюкина
- г реополиглюкина
- д 7,5% раствора натрия хлорида

**ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ БОЛЕЕ 2
ЛИТРОВ (ШОК III СТЕПЕНИ) НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ИНФУЗИОННУЮ
ТЕРАПИЮ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
НАЧИНАТЬ С ВВЕДЕНИЯ**

- а 7,5% раствора натрия хлорида
- б 5% раствора глюкозы
- в 10% раствора гидроксиэтилкрахмала
- г полиглюкина
- д 6% раствора гидроксиэтилкрахмала

**ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА С ПРИЗНАКАМИ
ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ внутрибрюшного
КРОВОТЕЧЕНИЯ И СИСТОЛИЧЕСКИМ
АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ 60 мм рт
ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а не проводится
- б проводится только капельно со скоростью 40-60 капель в минуту
- в проводится струйно до достижения систолического артериального давления 80 мм рт.ст.
- г проводится струйно до достижения систолического артериального давления 100 мм рт.ст.
- д проводится струйно в объеме не менее 1500 мл

**ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА С ПРИЗНАКАМИ
ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ внутрибрюшного
КРОВОТЕЧЕНИЯ И СИСТОЛИЧЕСКИМ
АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ 90 мм рт
ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а не проводится
- б проводится только капельно до достижения систолического артериального давления 100 мм рт.ст.
- в проводится струйно до достижения систолического артериального давления 100 мм рт.ст.
- г проводится струйно до достижения систолического артериального давления 120 мм рт.ст.
- д проводится струйно в объеме не менее 1000 мл

**ПРИ ТРАВМЕ ЖИВОТА С ПРИЗНАКАМИ
ПРОДОЛЖАЮЩЕГОСЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ОПТИМАЛЬНЫМ КОЛЛОИДНЫМ
ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а 6% раствор гидроксиэтилкрахмала-130
- б 6% раствор гидроксиэтилкрахмала-200
- в 10% раствор гидроксиэтилкрахмала-200
- г полиглюкин
- д реополиглюкин

**ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАН**

- а 0,9% раствор натрия хлорида
- б 6% раствор гидроксиэтилкрахмала-130
- в 7,5% раствор натрия хлорида
- г полиглюкин
- д реополиглюкин

**ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ
ОЖОГОВОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а снижение сократительной способности миокарда
- б первичное снижение сосудистого тонуса
- в первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- г гипертермия
- д болевой синдром

ОЖОГОВЫЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ УЖЕ ПРИ ПЛОЩАДИ ПОВЕРХНОСТНОГО ОЖОГА

- а 5%
- б 10%
- в 15-20%
- г 30-40%
- д более 40%

ОЖОГОВЫЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ УЖЕ ПРИ ПЛОЩАДИ ГЛУБОКОГО ОЖОГА

- а 5%
- б 10%
- в 15-20%
- г 30-40%
- д более 40%

ОЖОГОВЫЙ ШОК ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ

- а менее 20% поверхности тела
- б 20-30% поверхности тела
- в 40-45% поверхности тела
- г 50-60% поверхности тела
- д более 60% поверхности тела

ОЖОГОВЫЙ ШОК КРАЙНЕ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ

- а менее 20% поверхности тела
- б 20-30% поверхности тела
- в 40-45% поверхности тела
- г 50-60% поверхности тела
- д более 60% поверхности тела

СТАРТОВЫМ РАСТВОРОМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ОЖОГОВОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а 5% раствор глюкозы
- б 0,9% раствор натрия хлорида
- в трисоль
- г ацесоль
- д полиглюкин

**ДОГОСПИТАЛЬНУЮ ИНФУЗИОННУЮ
ТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С
ВВЕДЕНИЯ КОЛЛОИДНОГО ПРЕПАРАТА ПРИ
ВЫРАЖЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПОТЕНЗИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ**

- а перегреванием тяжелой степени
- б острой кишечной инфекцией
- в декомпенсированным геморрагическим шоком
- г истинным кардиогенным шоком
- д анафилактическим шоком

**РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ
ТАКТИКА ПРИ ОЖГОВОМ ШОКЕ ВКЛЮЧАЕТ**

- а госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий
- б обезболивание, инфузионную терапию, первичную хирургическую обработку ожоговой поверхности с охлаждением, госпитализацию в стационар
- в обезболивание, инфузионную терапию, асептическую повязку на ожоговую поверхность с охлаждением, оксигенотерапию, госпитализацию в стационар
- г обезболивание, асептическую повязку на ожоговую поверхность с охлаждением, оксигенотерапию, госпитализацию в стационар
- д инфузионную терапию, асептическую повязку на ожоговую поверхность с охлаждением, оксигенотерапию, госпитализацию в стационар

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ИНФУЗИОННАЯ
ТЕРАПИЯ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА,
ВЫЗВАННОГО ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ
ИНФЕКЦИЯМИ, ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ**

- а 5% раствором глюкозы
- б 0,9% раствором натрия хлорида
- в раствором «Трисоль»
- г раствором «Дисоль»
- д полиглюкином

**БОЛЬ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ГРУДИНЫ,
ОБЛЕГЧАЮЩАЯСЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ИЗ
ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ В
ВЕРТИКАЛЬНОЕ, УКАЗЫВАЕТ НА**

- а тромбоземболию легочной артерии
- б язвенную болезнь желудка
- в грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

- г пролапс митрального клапана
- д инфаркт миокарда

ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ В СПИНУ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а острого перикардита
- б разрыва пищевода
- в расслаивающей аневризмы аорты
- г тромбоземболии легочной артерии
- д спонтанного пневмоторакса

СОЧЕТАНИЕ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ С НАБУХАНИЕМ ШЕЙНЫХ ВЕН МАЛОВЕРОЯТНО ПРИ

- а тромбоземболии легочной артерии
- б разрыве межжелудочковой перегородки

- в гемотампонаде сердца
- г инфаркте миокарда правого желудочка
- д расслаивающей аневризме аорты

ЗАВИСИМОСТЬ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА БОЛЬНОГО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а пролапса митрального клапана
- б тромбоземболии легочной артерии
- в острого перикардита
- г расслаивающей аневризмы аорты
- д инфаркта миокарда

ИНТЕНСИВНАЯ БОЛЬ ПУЛЬСИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а расслаивающей аневризмы аорты
- б тромбоземболии легочной артерии
- в инфаркта миокарда
- г очаговой пневмонии
- д острого перикардита

ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ ПОСЛЕ ЕДЫ ПРИ ПРИНЯТИИ БОЛЬНЫМ ГОРИЗОНТАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а нейроциркуляторной дистонии

- б грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- в язвенной болезни желудка
- г вариантной стенокардии
- д желчекаменной болезни

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИТРОГЛИЦЕРИНА В КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ ПОМИМО СТЕНОКАРДИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ТАКЖЕ ПРИ

- а стенозе устья аорты
- б нейроциркуляторной дистонии
- в пролапсе митрального клапана
- г остром перикардите
- д грыже пищеводного отверстия диафрагмы

ИНТЕНСИВНАЯ БОЛЬ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ, КРОМЕ ГАСТРАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а обострения язвенной болезни желудка
- б расслаивающей аневризмы аорты
- в острого панкреатита
- г острого гастродуоденита
- д синдрома Хилаидити

ВОЗНИКНОВЕНИЕ КОЛЮЩЕЙ ОДНОСТОРОННЕЙ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВО ВРЕМЯ КАШЛЯ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ОДЫШКИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а рефлюкс-эзофагита
- б спонтанного пневмоторакса
- в грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- г синдрома Хилаидити
- д пролапса митрального клапана

РАЗВИТИЕ ОЧАГОВОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ФОНЕ ПРИСТУПА ИНТЕНСИВНОЙ БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ С НАИБОЛЬШЕЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ УКАЗЫВАЕТ НА

- а тромбоэмболию легочной артерии
- б острый панкреатит
- в острый перикардит

- г вариантную стенокардию
- д расслаивающую аневризму аорты

БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШАЯСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а острого перикардита
- б расслаивающей аневризмы аорты
- в разрыва пищевода
- г тромбоэмболии легочной артерии
- д грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

ОСТРО ВОЗНИКШАЯ В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, СВЯЗАННАЯ С АКТОМ ДЫХАНИЯ, ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- а спонтанный пневмоторакс
- б острый плеврит
- в межреберную невралгию
- г тромбоэмболию легочной артерии
- д синдром Цириакса

ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ОБМОРОКАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- а недостаточности клапанов аорты
- б митрального стеноза
- в недостаточности митрального клапана
- г стеноза устья аорты
- д вариантной стенокардии

НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЭКВИВАЛЕНТОМ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а тошнота, рвота
- б одышка
- в общая слабость
- г озноб
- д нарушение ритма сердца

ГОРИЗОНТАЛЬНАЯ ДЕПРЕССИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ БОЛЕЕ ЧЕМ НА 1 ММ ОТ ИЗОЛИНИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а ишемии миокарда

- б передозировки сердечных гликозидов
- в гиперкалиемии
- г перикардита
- д синдрома ранней реполяризации

**ТИПИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ НА
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ПРИ ПРИСТУПЕ
СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а горизонтальная депрессия сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии
- б появление патологического зубца Q
- в снижение амплитуды зубца R
- г расширение желудочкового комплекса QRS
- д инверсия зубца P

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а анальгин
- б трамадол
- в нитроглицерин
- г валидол
- д нифедипин

**ПРИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНА МОЖЕТ
СОПРОВОЖДАТЬСЯ**

- а бронхоспазмом
- б брадикардией
- в диареей
- г артериальной гипотензией
- д брадипноэ

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ
ТАХИКАРДИИ, ВЫЗВАННОЙ ПРИЕМОМ
НИТРОГЛИЦЕРИНА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- а верапамил
- б новокаинамид
- в метопролол
- г дигоксин
- д амиодарон

**ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ЭФФЕКТЕ ОТ
ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА ДЛЯ
КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- а анальгин

- б морфин
- в метопролол
- г нифедипин
- д кеторолак

**ТАКТИКА ЛИНЕЙНОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ
НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ
ПРЕДУСМАТРИВАЕТ**

- а экстренную госпитализацию без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- б применение нитроглицерина и ацетилсалициловой кислоты с передачей «актива» в поликлинику при купировании боли
- в применение ацетилсалициловой кислоты, нитроглицерина, гепарина, морфина с обязательной госпитализацией
- г применение ацетилсалициловой кислоты, нитроглицерина, гепарина, морфина с вызовом выездной кардиологической бригады
- д применение ацетилсалициловой кислоты, нитроглицерина, гепарина, морфина с активом «на себя» при купировании боли

**НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
СТЕНОКАРДИИ ПРИНЦМЕТАЛА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а появление боли за грудиной во время физической нагрузки
- б быстрый эффект от приема нитроглицерина
- в появление боли за грудиной ночью во время сна
- г депрессия сегмента ST на электрокардиограмме более 2 мм от изолинии
- д появление ангинозного приступа при переходе больного в горизонтальное положение

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а появление боли за грудиной при выходе на холодный воздух

- б низкая эффективность антагонистов кальция и нитратов
- в появление боли после приема пищи
- г преходящий подъем сегмента ST на электрокардиограмме
- д преобладание у женщин в период менопаузы

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а нитроглицерин
- б метопролол
- в нифедипин
- г кеторолак
- д морфин

ДЕКУБИТАЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ - ЭТО

- а впервые возникшая стенокардия
- б вариантная стенокардия
- в прогрессирующая стенокардия
- г стенокардия, возникающая при эмоциональном возбуждении
- д стенокардия, возникающая при переходе больного в горизонтальное положение

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- а эуфиллин
- б кеторолак
- в верапамил
- г нифедипин
- д клофелин

ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БОЛЬНОМУ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- а нитроглицерина
- б метопролола
- в нифедипина
- г нитросорбида
- д верапамила

К СЕЛЕКТИВНЫМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ БЫСТРОГО И УЛЬТРАКОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ

- а атенолол
- б эсмолол
- в метопролол
- г пропранолол
- д альбетор

К КОМБИНИРОВАННЫМ НЕСЕЛЕКТИВНЫМ АЛЬФА- И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ ОТНОСИТСЯ

- а альбетор
- б пропранолол
- в атенолол
- г эсмолол
- д метапролол

ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- а абдоминальный
- б аритмический
- в ангинозный
- г астматический
- д цереброваскулярный

ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИПИЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- а загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- б иррадиация боли в левую руку
- в артериальная гипертензия
- г общая слабость
- д одышка

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ НЕФРАКЦИОНИРОВАННЫМ ГЕПАРИНОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- а не проводится
- б проводится путем внутривенного капельного введения из расчета 1000МЕ/час

- в проводится путем внутривенного введения из расчета 60Ед/кг, но не более 4000 МЕ
- г проводится путем подкожного введения 5000 МЕ
- д проводится путем медленного внутривенного введения 10000 МЕ

БЕЗБОЛЕВОЙ ВАРИАНТ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БОЛЬНЫХ С

- а ожирением
- б сахарным диабетом
- в постоянной формой фибрилляции предсердий
- г хронической обструктивной болезнью легких
- д бронхиальной астмой

ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST ВОГНУТОЙ ФОРМЫ НАД ИЗОЛИНИЕЙ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- а инфаркта миокарда
- б экссудативного перикардита
- в гиперкалиемии
- г передозировки сердечных гликозидов
- д стенокардии Принцметала

ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРЕЙШЕЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- а патологический зубец Q
- б монофазная кривая ST-T
- в отрицательный зубец T
- г удлинение интервала QT
- д деформация желудочкового комплекса QRS

ПОЯВЛЕНИЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ КОМПЛЕКСОВ QS В V1-V3 НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- а передне-перегородочной локализации
- б задне-нижней локализации
- в боковой локализации
- г верхушечной локализации
- д правого желудочка

У БОЛЬНЫХ С БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПОЯВЛЕНИЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ЗУБЦОВ S В ОТВЕДЕНИЯХ I, AVL, V5-6 ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА

- а передней локализации
- б перегородочной локализации
- в боковой локализации
- г нижней локализации
- д правого желудочка

ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ В ОТВЕДЕНИИ AVL ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЗОНЫ ИНФАРКТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ РЕГИСТРИРОВАТЬ

- а V3R-V6R
- б V2 по II межреберью
- в отведение Dorsalis по Небу
- г отведение Anterior по Небу
- д отведение Inferior по Небу

ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ

- а тромбоэмболическими осложнениями
- б фибрилляцией желудочков
- в перикардитом
- г плевритом
- д аневризмой сердца

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ВНЕЗАПНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ И ПУЛЬСА НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ СОХРАНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а фибрилляции желудочков
- б разрыва миокарда
- в тромбоэмболии легочной артерии
- г полной атриовентрикулярная блокады
- д синдрома Фредерика

СОХРАНЕНИЕ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ МОНОФАЗНОЙ КРИВОЙ ST-T ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА УКАЗЫВАЕТ НА РАЗВИТИЕ

- а тромбоземболии в системе легочной артерии
- б аневризмы сердца
- в миокардита
- г синдрома Дресслера
- д повторного инфаркта миокарда

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а кардиогенный шок
- б отек легких
- в фибрилляция желудочков
- г гемотампонада сердца
- д полная атриовентрикулярная блокада

В ПЕРВЫЕ ТРИ ДНЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ

- а кардиогенного шока
- б нарушения ритма сердца
- в синдрома Дресслера
- г отека легких
- д разрыва миокарда

ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НЕОБХОДИМО ЗАПОДОЗРИТЬ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКАХ ИНФАРКТА

- а передне-перегородочной локализации в сочетании с отеком легких
- б нижней стенки левого желудочка в сочетании с кардиогенным шоком
- в передней стенки левого желудочка в сочетании с кардиогенным шоком
- г боковой стенки левого желудочка
- д верхушечной локализации

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СОЧЕТАННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С НИЖНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

- а увеличение амплитуды зубца R в отведениях V1-V2
- б отрицательный зубец T в отведениях V1-V2

- в подъем сегмента ST в отведениях V3R-V4R
- г депрессия сегмента ST в отведениях V4-V5
- д депрессия сегмента ST в отведении Inferior по Небу

**СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА У БОЛЬНЫХ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗВИВАЕТСЯ В
РЕЗУЛЬТАТЕ**

- а аутоиммунной реакции
- б отрыва сосочковых мышц
- в разрыва межжелудочковой перегородки
- г развития аневризмы левого желудочка
- д тампонады сердца

**ВАЖНЕЙШИМ МЕТОДОМ
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ
СЕКМЕНТА ST В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ**

- а коронарной ангиопластики
- б аортокоронарного шунтирования
- в тромболитической терапии
- г внутривенной инфузии нитроглицерина
- д внутривенной инфузии бета-адреноблокаторов

**ОТЛИЧИЕМ ТЕНЕКТЕПЛАЗЫ ОТ ДРУГИХ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а применение препарата в виде однократного болюса
- б восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии
- в невозможность повторного введение
- г эффективность спустя 12 часов от начала инфаркта миокарда
- д отсутствие реперфузионных аритмий

**В ОТЛИЧИЕ ОТ СРЕПТОКИНАЗЫ ПРИ
ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА
МИОКАРДА ПРОУРОКИНАЗОЙ**

- а реже развиваются геморрагические осложнения
- б начинать тромболитическую терапию можно спустя 12 часов от начала инфаркта миокарда

- в противопоказано ее повторное введение
- г не вырабатываются специфические антитела
- д отсутствуют реперфузионные аритмии

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а развитие инфаркта миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса
- б выраженный подъем сегмента ST в отведениях V1-V3
- в геморрагический инсульт в анамнезе
- г полная атриовентрикулярная блокада
- д повторный инфаркт миокарда

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- а проведение оксигенотерапии
- б обезболивание наркотическими анальгетиками
- в снижение преднагрузки сердца нитратами
- г проведение инфузионной терапии
- д проведение тромболитической терапии

ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- а нитратов
- б фуросемида
- в антагонистов кальция
- г бета-адреноблокаторов
- д инфузионных растворов и допамина

ПРИ ЭПИСТЕНОКАРДИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- а антигистаминных препаратов
- б глюкокортикоидных препаратов
- в нестероидных противовоспалительных препаратов
- г наркотических анальгетиков
- д нитратов

СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ

- а анемии
- б синдроме Фредерика
- в лихорадке
- г тиреотоксикозе
- д феохромоцитоме

СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а удлинением интервала PQ
- б удлинением интервала PP
- в расширением зубца P
- г удлинением интервала QT
- д уширением комплекса QRS

ПРИ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С АБЕРРАНТНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КОМПЛЕКСАМИ ОТМЕЧАЕТСЯ

- а отсутствие зубца P
- б отрицательный зубец P
- в уширение комплекса QRS
- г удлинение интервала QT
- д укорочение интервала PQ

ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЧАСТОТА ИХ СОКРАЩЕНИЙ В МИНУТУ СОСТАВЛЯЕТ

- а 120-170
- б 200-400
- в 450-500
- г 550-600
- д 650-700

ВОЛНЫ F ПРИ ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЛУЧШЕ ВСЕГО РЕГИСТРИРУЮТСЯ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ В ОТВЕДЕНИЯХ

- а II, III, aVF
- б I
- в V3-V4
- г V5-V6
- д Inferior по Небу

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА ПРИ СИНДРОМЕ СЛС (КЛЕРКА-ЛЕВИ-КРИСТЕСК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а укорочением интервала PQ

- б уширением комплекса QRS
- в удлинением интервала QT
- г появлением гигантских волн U
- д синусовой брадикардией

**К ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ
ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА WPW ОТНОСИТСЯ**

- а отсутствие изменений комплекса QRS с удлинением интервала PQ
- б отсутствие изменений комплекс QRS и интервала PQ
- в укорочение интервала PQ и неправильная форма восходящего колена зубца R
- г укорочение интервала PQ и неправильная форма нисходящего колена зубца R
- д укорочение интервала QT

**МАССАЖ КАРОТИДНОГО СИНУСА ДЛЯ
КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ПОКАЗАН
ТОЛЬКО ПРИ**

- а трепетании предсердий
- б фибрилляции предсердий
- в наджелудочковой тахикардии
- г желудочковой тахикардии
- д фибрилляции желудочков

**ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ С ОСТРОЙ
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**

- а верапамила
- б дигоксина
- в панангина
- г новокаинамида
- д лидокаина

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНО ВОССТАНОВЛЕНИЕ
СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ**

- а желудочковой тахиаритмии по типу torsade de pointes
- б пароксизме фибрилляции предсердий продолжительностью более 48 часов
- в аритмии на фоне удлинения интервала QT
- г идиовентрикулярном ритме

д аритмии на фоне синдрома WPW

ВВЕДЕНИЕ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО ПРИ

- а нестабильной стенокардии
- б тахисистолической форме фибрилляции предсердий при атеросклеротическом кардиосклерозе
- в констриктивном перикардите
- г тиреотоксикозе
- д инфаркте миокарда

ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а инверсия зубца Т
- б аллоритмия
- в горизонтальное снижение сегмента ST
- г подъем сегмента ST
- д расширение комплекса QRS

ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ИНТОКСИКАЦИИ СЕРДЕЧНЫМИ ГЛИКОЗИДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а инверсия зубца Т
- б горизонтальное снижение сегмента ST
- в корытообразное смещение интервала ST
- г подъем сегмента ST
- д расширение комплекса QRS

ПРИ ПАРОКСИЗМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ С ЧАСТОТОЙ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 250 УДАРОВ В МИНУТУ НА ФОНЕ СИНДРОМА WPW И АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ 80/40 ММ СТ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- а внутривенное введение новокаинамида
- б внутривенное введение эсмолола
- в внутривенное введение верапамила
- г проведение синхронизированной электрокардиоверсии
- д внутривенное введение дигоксина

**ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ, РЕФРАКТЕРНОЕ
К ДИГОКСИНУ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО
КУПИРУЕТСЯ**

- а панангином
- б эсмололом
- в верапамил
- г электроимпульсной терапией
- д лидокаином

**РАЗОВАЯ ДОЗА ЭСМОЛОЛА ПРИ
БОЛЮСНОМ ВВЕДЕНИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ
СОСТАВЛЯЕТ**

- а 50 мкг/кг в течение 1 минуты
- б 200 мкг/кг в течение 1 минуты
- в 300 мкг/кг в течение 1 минуты
- г 400 мкг/кг в течение 1 минуты
- д 500 мкг/кг в течение 1 минуты

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а панангин
- б верапамил
- в амиодарон
- г новокаинамид
- д лидокаин

**ПОВТОРНОЕ БОЛЮСНОЕ ВВЕДЕНИЕ
ВЕРАПАМИЛА ПРИ НЕКУПИРОВАННОМ
ПАРОКСИЗМЕ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ
ТАХИКАРДИИ**

- а возможно через 5 минут
- б возможно через 30-40 минут
- в возможно не раньше, чем через 2 часа
- г возможно не раньше, чем через 4 часа
- д недопустимо

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
РЕЦИПРОКНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ
ТАХИКАРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а верапамил
- б новокаинамид
- в эсмолол
- г лидокаин

д дигоксин

**ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ
ВЕРАПАМИЛА ОТМЕЧАЕТСЯ**

- а замедление проведения по дополнительным путям
- б замедление атриовентрикулярной проводимости
- в повышение сократимости миокарда
- г подъем артериального давления
- д развитие тахикардии

**БЫСТРЫМ ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИИ
АДЕНОЗИНА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО
КУПИРУЕТСЯ**

- а фибрилляция предсердий
- б пароксизмальная узловая тахикардия
- в желудочковая тахикардия
- г фибрилляция желудочков
- д трепетание предсердий

**ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ В ОТНОШЕНИИ
1:1 НА ФОНЕ СИНДРОМА WPW КУПИРУЕТСЯ**

- а верапамил
- б синхронизированной электрокардиоверсией
- в дигоксином
- г эсмололом
- д лидокаином

**УКОРОЧЕНИЕ РЕФРАКТЕРНОГО ПЕРИОДА
ПРОВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- а дигоксина
- б верапамила
- в амиодарона
- г лидокаина
- д эсмолола

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ПРИСТУПА РЕГУЛЯРНОЙ ФОРМЫ
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а верапамил
- б лидокаин
- в дигоксин
- г новокаинамид
- д эсмолол

**ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ
ЛИДОКАИНА ОТМЕЧАЕТСЯ**

- а подавление желудочковой экстрасистолии
- б купирование узловых тахикардий
- в подавление автоматизма синусового узла
- г подавление ускоренного идиовентрикулярного ритма
- д угнетение внутрижелудочковой проводимости

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПОЛИТОПНОЙ
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА
ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ
ЭФФЕКТИВНО ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ**

- а верапамила и панангина
- б метопролола и рибоксина
- в лидокаина и поляризующей смеси
- г сердечных гликозидов и фуросемида
- д новокаинамида

**ПРИМЕНЕНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПОКАЗАНО ПРИ**

- а блокадах ножек пучка Гиса
- б атриовентрикулярной блокаде I степени
- в ускоренном идиовентрикулярном ритме
- г синусовой тахикардии
- д желудочковой тахикардии типа torsade de pointes

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ТИПА
«ПИРУЭТ» У БОЛЬНЫХ С УДЛИНЕНИЕМ
ИНТЕРВАЛА QT ЯВЛЯЕТСЯ**

- а верапамил
- б магния сульфат
- в панангин
- г эсмолол
- д амиодарон

**ЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ,
СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ ОСТРОЙ
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАИБОЛЕЕ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО КУПИРОВАТЬ**

- а дигоксином
- б синхронизированной электрокардиоверсией

- в новокаиномидом
- г лидокаином
- д панангином

**ХАРАКТЕРНЫМ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ
ПРИЗНАКОМ ГИПОКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а появление высокоамплитудных зубцов Т

- б удлинение интервала QT
- в подъем сегмента ST над изолинией
- г развитие блокады ножек пучка Гиса
- д укорочение интервала PQ

**ХАРАКТЕРНЫМ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ
ПРИЗНАКОМ ГИПОКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а появление высокоамплитудных зубцов Т

- б подъем сегмента ST над изолинией
- в развитие блокады ножек пучка Гиса
- г появление зубца U
- д укорочение интервала PQ

**ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА,
ОБУСЛОВЛЕННЫХ ГИПОКАЛИЕМИЕЙ,
ПОКАЗАНО**

- а внутривенное введение 5% раствора глюкозы

- б внутривенное введение 4% раствора натрия гидрокарбоната
- в внутривенное введение унитиола
- г внутривенное капельное введение калия и магния аспарагината
- д внутривенное введение 40% раствора глюкозы

**СИНДРОМ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ
ЖЕЛУДОЧКОВ**

- а имитирует повреждение миокарда
- б требует экстренной госпитализации
- в становится более выраженным при тахикардии
- г провоцирует развитие фибрилляции желудочков

- д проявляется депрессией сегмента ST на электрокардиограмме

РАННИМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а удлинение интервала PQ
- б появление патологического зубца Q
- в уширение комплекса QRS
- г наличие высоких остроконечных зубцов T
- д подъем сегмента ST над изолинией

СТРУЙНОЕ ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛИЯ

- а безопасно в дозе 1 грамм
- б может вызывать гемолиз
- в может вызывать асистолию
- г может вызывать гипертонический криз
- д может вызвать первичную остановку дыхания

ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МИГРАЦИИ ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПО ПРЕДСЕРДИЯМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а изменение интервала PP
- б изменения амплитуды и полярности зубца P
- в отсутствие зубца P перед некоторыми комплексами QRS
- г зубцы P следуют после комплекса QRS
- д изменение интервала PQ

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ I СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а уширение и деформация зубца P
- б удлинение интервала PQ
- в выпадение отдельных комплексов QRST
- г расположение зубца P после комплекса QRS
- д отсутствие зубца P

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ I ЯВЛЯЕТСЯ

- а меняющийся интервал PQ

- б постоянный интервал RR
- в периодическое выпадение зубца P
- г уширение зубца P
- д уширение комплекса QRS

**ХАРАКТЕРНЫМ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ
ПРИЗНАКОМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ
БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ II
ВАРИАНТА 2:1 ЯВЛЯЕТСЯ**

- а постоянный интервал RR
- б наличие узких комплексов QRS
- в периодическое выпадение зубца P
- г меняющийся интервал PQ
- д отсутствие связи между зубцами P и комплексами QRS

**НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПУЛЬС ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ**

- а I степени
- б II степени типа Мобитц I
- в II степени типа Мобитц II вариант 2:1
- г III степени проксимальной формы
- д III степени дистальной формы

**ПРИСТУП МОРГАНЬИ-ЭДАМСА-СТОКСА
ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- а тромбоза общей сонной артерии
- б полной атриовентрикулярной блокады
- в желудочно-кишечного кровотечения
- г фибрилляции желудочков
- д тампонады сердца

**ДЛЯ ДИСТАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПОЛНОЙ
АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ
ХАРАКТЕРНО**

- а постоянство интервалов PR
- б наличие узких комплексов QRS
- в урежение частоты сердечных сокращений менее 40 ударов в минуту
- г расположение водителя ритма выше бифуркации ствола пучка Гиса
- д учащение сердечных сокращений более 60 ударов в минуту под действием атропина

ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БРАДИКАРДИИ ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ФОРМЕ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а атропин
- б эуфиллин
- в электрокардиостимуляция
- г допамин
- д преднизолон

ХАРАКТЕРНЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ВЫСКАЛЬЗЫВАЮЩЕГО СОКРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а наличие компенсаторной паузы после выскальзывающего комплекса
- б уширение комплекса QRS
- в продолжительность интервала от нормального комплекса QRS до выскальзывающего больше нормального расстояния R-R
- г продолжительность интервала до выскальзывающего комплекса меньше нормального расстояния R-R
- д выскальзывающие сокращения появляются только при полной атриовентрикулярной блокаде

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА ФРЕДЕРИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- а фибрилляция предсердий с полной блокадой правой ножки пучка Гиса
- б фибрилляция предсердий с полной блокадой левой ножки пучка Гиса
- в фибрилляция предсердий с полной атриовентрикулярной блокадой
- г регулярная форма трепетания предсердий
- д нерегулярная форма трепетания предсердий

ПРИ РАЗВИТИИ СИНДРОМА ФРЕДЕРИКА С ШИРОКИМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КОМПЛЕКСАМИ QRS ПОКАЗАНО

- а введение фуросемида
- б проведение электрокардиостимуляции
- в введение атропина

- г введение преднизолона
- д введение адреналина

В РАЗВЕТВЛЕНИЯХ ПУЧКА ГИСА И ВОЛОКНАХ ПУРКИНЬЕ ЧАСТОТА ИМПУЛЬСОВ В МИНУТУ РАВНА

- а 20-40
- б 50-60
- в 70-80
- г 90-100
- д 200-300

ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ НАЧАЛА ПРОВЕДЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а лидокаин
- б атропин
- в допамин
- г преднизолон
- д нифедипин

СКАЧКООБРАЗНОЕ УЧАЩЕНИЕ РЕГУЛЯРНОГО ПУЛЬСА С 42 ДО 84 УДАРОВ В МИНУТУ ВО ВРЕМЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ АТРОПИНА УКАЗЫВАЕТ НА ИМЕВШУЮСЯ У БОЛЬНОГО

- а полную дистальную атриовентрикулярную блокаду
- б полную проксимальную атриовентрикулярную блокаду
- в синоаурикулярную блокаду 2:1
- г атриовентрикулярную блокаду II степени 3:1
- д синусовую брадикардию

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ БРАДИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ РЕФРАКТЕРНА К ВВЕДЕНИЮ АТРОПИНА

- а синусовая брадикардия
- б синоаурикулярная блокада 2:1
- в атриовентрикулярная блокада II степени типа Мобитц II варианта 2:1
- г проксимальная форма полной атриовентрикулярной блокады
- д дистальная форма полной атриовентрикулярной блокады

**ПРИ СИНДРОМЕ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО
УЗЛА С ПРИСТУПАМИ МОРГАНЬИ-ЭДАМСА-
СТОКСА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- а атропина
- б симпатомиметиков
- в глюкокортикоидных гормонов
- г электрокардиостимуляции
- д эуфиллина

**ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ СИНУСОВОГО
РИТМА У БОЛЬНОГО С
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ С
ФИКСИРОВАННОЙ ЧАСТОТОЙ ИМПУЛЬСОВ
БРИГАДЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО**

- а выключить электрокардиостимулятор
- б вызвать на «себя» кардиологическую бригаду
- в госпитализировать в ближайшее кардиологическое отделение
- г госпитализировать в специализированное кардиохирургическое отделение
- д ввести антиаритмические препараты для подавления синусового ритма

**РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ
ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ВЕЛИК
ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ
ВЕРАПАМИЛА БОЛЬНОМУ, ПОСТОЯННО
ПРИНИМАЮЩЕМУ**

- а метопролол
- б панангин
- в каптоприл
- г нифедипин
- д гипотиазид

**ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЛЕГКИХ
АУСКУЛЬТАТИВНО ВЫСЛУШИВАЮТСЯ
ХРИПЫ**

- а жужжащие
- б мелкопузырчатые незвучные
- в трескучие
- г мелкопузырчатые звучные
- д крупнопузырчатые

**ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ОСТРОЙ
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а положение ортопноэ
- б набухание шейных вен
- в симптом Куссмауля
- г увеличение печени
- д симптом парадоксального пульса

**ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ
БОЛЬНОЙ ТРАНСПОРТИРУЕТСЯ В
СТАЦИОНАР НА НОСИЛКАХ В ПОЛОЖЕНИИ**

- а на правом боку
- б горизонтально на спине
- в на спине с приподнятым головным концом
- г на спине с приподнятым ножным концом
- д на левом боку

**ДЛЯ ОСТРОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а акроцианоз
- б повышение систолического артериального давления
- в симптом Куссмауля
- г выслушивание застойных хрипов при аускультации в нижних отделах легких
- д ортопноэ

**СОЧЕТАНИЕ НАБУХАНИЯ ШЕЙНЫХ ВЕН С
КЛИНИКОЙ ШОКА НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО
ПРИ**

- а декомпенсированной тампонаде сердца
- б расслаивающей аневризме аорты
- в обширном инфаркте миокарда правого желудочка
- г разрыве межжелудочковой перегородки
- д массивной тромбозомии легочной артерии

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТАМПОНАДЫ
СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а ортопное
- б шум трения перикарда
- в симптом парадоксального пульса
- г повышение артериального давления

д брадикардия

**УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ
АРТЕРИЙ НАБЛЮДАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С**

- а аортальным стенозом
- б недостаточностью клапанов аорты
- в недостаточностью митрального клапана
- г недостаточностью трехстворчатого клапана

д недостаточностью клапанов легочной
артерии

**ПУЛЬСАЦИЯ ЗРАЧКОВ (СИМПТОМ
ЛАНДОЛЬФ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- а митральном стенозе
- б недостаточности трехстворчатого клапана

в аортальном стенозе
г недостаточности клапанов аорты
д тиреотоксикозе

**ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД АОРТОЙ
АУСКУЛЬТАТИВНО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ**

- а митральном стенозе
- б недостаточности трехстворчатого клапана

в аортальном стенозе
г недостаточности клапанов аорты
д недостаточности митрального клапана

**ИНТЕНСИВНЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ
НАД АОРТОЙ, ПРОВОДЯЩИЙСЯ НА СОННЫЕ
АРТЕРИИ, АУСКУЛЬТАТИВНО
ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ**

- а недостаточности митрального клапана
- б недостаточности клапанов аорты
- в аортальном стенозе
- г митральном стенозе
- д недостаточности трехстворчатого клапана

**ПРИСТУПЫ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ И
ОБМОРОКИ ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ
НАГРУЗКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- а стеноза устья аорты
- б митрального стеноза
- в недостаточности клапанов аорты

- г недостаточности трехстворчатого клапана
- д недостаточности митрального клапана

**СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ
СЕРДЦА АУСКУЛЬТАТИВНО
ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ**

- а аортальном стенозе
- б митральном стенозе
- в недостаточности клапанов аорты
- г недостаточности митрального клапана
- д стенозе трехстворчатого клапана

**ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ НА
ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА («КОШАЧЬЕ
МУРЛЫКАНИЕ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- а стенозе митрального отверстия
- б стенозе устья аорты
- в недостаточности митрального клапана
- г недостаточности трехстворчатого клапана
- д синдроме Такаюсу

**ИСТИННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ ПЕЧЕНИ И ВЕННЫЙ
ПУЛЬС ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ**

- а недостаточности митрального клапана
- б недостаточности аортального клапана
- в недостаточности трехстворчатого клапана
- г митральном стенозе
- д инфаркте миокарда

**ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КЛАПАНОВ
АОРТЫ**

- а артериальное давление не изменяется
- б изолированно повышается систолическое артериальное давление
- в изолированно повышается диастолическое артериальное давление
- г повышается систолическое и понижается диастолическое артериальное давление
- д понижается как систолическое, так и диастолическое артериальное давление

**СИСТОЛИЧЕСКОЕ ДРОЖАНИЕ ВО 2-ОМ
МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ
АУСКАЛЬТАТИВНО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ**

- а стенозе устья аорты

- б недостаточности клапанов аорты
- в митральном стенозе
- г недостаточности трехстворчатого клапана

- д недостаточности митрального клапана

СИМПТОМ КУССМАУЛЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- а недостаточность митрального клапана
- б стеноз устья аорты
- в недостаточность клапанов аорты
- г митральном стенозе
- д недостаточности трехстворчатого клапана

«ПУШЕЧНЫЙ» ТОН СТРАЖЕСКО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ ПРИ

- а полной атриовентрикулярной блокаде
- б митральном стенозе
- в трикуспидальном стенозе
- г экстрасистолии
- д фибрилляции предсердий

БЫСТРАЯ ЭВАКУАЦИЯ БОЛЬШОГО ОБЪЕМА ЖИДКОСТИ ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ТОРАКОЦЕНТЕЗЕ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- а травматический пневмоторакс
- б кровотечение
- в отек легких
- г гиповолемию
- д гипокалиемию

ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ГИПОКИНЕТИЧЕСКОГО ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- а преимущественное повышение диастолического артериального давления

- б дрожь
- в гиперемия кожных покровов
- г быстрое развитие криза
- д сердцебиение

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ТИПА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- а акромегалии
- б синдроме Конна

- в феохромоцитоме
- г синдроме Иценко-Кушинга
- д узелковом периартериите

**СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ
ПРИ**

- а коарктации аорты
- б феохромоцитоме
- в тиреотоксикозе
- г недостаточности митрального клапана
- д полной атриовентрикулярной блокаде

**ТАБЛЕТИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ
ВЫБОРА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО
ДАВЛЕНИЯ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а нитроглицерин
- б каптоприл
- в нифедипин
- г метопролол
- д кавинтон

**ОТЛИЧИЕМ ЭСМОЛОЛА ОТ ДРУГИХ БЕТА-
АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а снижение риска коронарной смерти
- б способность купировать гиперкинетический гипертонический криз
- в развитие терапевтического эффекта в течение 5 мин при внутривенном введении
- г способность купировать наджелудочковую тахикардию
- д способность купировать тиреотоксический криз

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ
ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ,
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а дибазол
- б эналаприлат
- в нифедипин
- г эсмолол
- д фуросемид

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ
ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ,
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а эналаприлат
- б нитропрепарат
- в верапамил
- г дибазол
- д магния сульфат

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ
ОТЕКОМ ЛЕГКИХ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- а эсмолол
- б нитроглицерин
- в магния сульфат
- г дибазол
- д эналаприлат

**ПРИ КУПИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО
КРИЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАССЛАИВАЮЩЕЙ
АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ, АЛЬТЕРНАТИВОЙ
ВНУТРИВЕННО ВВОДИМЫМ НИТРАТАМ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а эналаприлат
- б магния сульфат
- в эсмолол
- г дибазол
- д метопролол

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ НАЧАЛЬНОЙ
СТАДИИ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а ослабление голосового дрожания на стороне поражения
- б экспираторная одышка
- в появление влажных хрипов
- г кровохарканье
- д крепитация

**БРОНХОПНЕВМОНИЯ АУСКУЛЬТАТИВНО
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- а крепитацией
- б влажными мелкопузырчатыми звучными хрипами
- в влажными крупнопузырчатыми хрипами

- г бронхиальным дыханием
- д сухими рассеянными хрипами

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ СИНДРОМА
СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ
ПЛЕВРЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а шум падающей капли
- б боль в грудной клетке при дыхании
- в влажный кашель
- г акроцианоз
- д тупой перкуторный звук

**ЗОНЫ ЛУЧШЕГО ПРОСЛУШИВАНИЯ
ХРИПОВ ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ
СРЕДНЕДОЛЕВОЙ БРОНХОПНЕВМОНИИ
НАХОДЯТСЯ**

- а в подлопаточной области
- б по передней поверхности грудной клетки
- в в аксиллярной области
- г в надключичной области
- д по всей задней поверхности грудной клетки
справа

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ОТЕКА ЛЕГКИХ ПРИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а морфин
- б 100% кислород
- в нитропрепарат
- г преднизолон
- д фуросемид

**К ОТЛИЧИЯМ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ОТ
ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ
ОТНОСИТСЯ**

- а набухание шейных вен
- б боль в грудной клетке, связанная с дыханием
- в мокрота с прожилками крови
- г одышка
- д синдром SIQIII на электрокардиограмме

**ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ТРОМБОЭМБОЛИИ
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ - ЭТО**

- а глубокие вены голеней
- б бедренная вена
- в вены малого таза
- г вены верхних конечностей

д верхняя полая вена

**МАССИВНАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а спавшимися шейными венами
- б выраженной одышкой
- в артериальной гипертензией
- г гиперемией кожных покровов
- д лихорадкой

**ХАРАКТЕРНЫМ
ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ
ПРИЗНАКОМ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ
АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а синдром SIQIII
- б отклонение электрической оси сердца влево
- в появление уширенного зубца Р в I и aVL отведениях
- г блокада левой ножки пучка Гиса
- д удлинение интервала QT

**ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН УДУШЬЯ
НАИБОЛЕЕ СКУДНОЙ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ
СИМПТОМАТИКОЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

- а тромбоэмболия легочной артерии
- б синдром Мендельсона
- в сердечная астма
- г астматический статус
- д хроническая обструктивная болезнь легких

**БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ,
УСИЛИВАЮЩАЯСЯ ПРИ КАШЛЕ, И ШУМ
ТРЕНИЯ ПЛЕВРЫ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- а хронической обструктивной болезни легких
- б острого бронхита
- в бронхиальной астмы
- г сухого плеврита
- д экссудативного плеврита

**ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ
ПРИЗНАКОМ СУХОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а крепитация
- б бронхиальное дыхание
- в сухие рассеянные хрипы

- г влажные разнокалиберные хрипы
- д шум трения плевры

**ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЛЕВРИТЕ В ЛЕГКИХ
НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ
АУСКУЛЬТАТИВНО ВЫСЛУШИВАЕТСЯ**

- а шум трения плевры
- б крепитация
- в резко ослабленное дыхание
- г сухие хрипы
- д влажные крупнопузырчатые хрипы

ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ ИЗМЕРЯЕТСЯ

- а дыхательный объем легких
- б резервный объем легких
- в остаточный объем легких
- г жизненная емкость легких
- д пиковая скорость выдоха

ПИКФЛОУМЕТРИЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- а насыщение гемоглобина кислородом
- б степень обструкции дыхательных путей
- в давление в дыхательных путях на вдохе
- г давление в дыхательных путях на выдохе
- д величина сердечного выброса

**СИМПТОМ ПАРАДОКСАЛЬНОГО ПУЛЬСА -
ЭТО**

- а снижение систолического артериального давления на вдохе
- б повышение систолического артериального давления на вдохе
- в развитие брадикардии на вдохе
- г различная частота пульса на верхних и нижних конечностях
- д различная частота пульса на конечностях слева и справа

**РАЗВИТИЕ СИМПТОМА
ПАРАДОКСАЛЬНОГО ПУЛЬСА ОБУСЛОВЛЕНО**

- а резким снижением сердечного выброса на вдохе
- б повышением активности блуждающего нерва на выдохе
- в выраженным снижением внутригрудного давления
- г гиповолемией
- д нарушением ритма сердца

**ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ ОБОСТРЕНИЯ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а боль в грудной клетке, связанная с дыханием
- б лихорадка
- в постоянная инспираторная одышка
- г лающий кашель
- д приступы одышки с удлиненным выдохом

**АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ
ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ**

- а наличием тахипноэ
- б наличием тахикардии
- в появлением цианоза
- г определением участков «немого» легкого при аускультации
- д появлением экспираторной одышки

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ
АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА II СТАДИИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а выраженный цианоз
- б пульсация шейных вен
- в тахикардия
- г отсутствие дистанционных хрипов
- д отсутствие дыхательных шумов над легкими при аускультации

**КУПИРОВАНИЕ ТЯЖЕЛОГО ПРИСТУПА
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
НАЧИНАТЬ С**

- а внутривенного введения эуфиллина
- б ингаляции бета-2-адреномиметика через дозированный аэрозольный ингалятор
- в ингаляции беродуала через небулайзер
- г введения 4% раствора натрия гидрокарбоната
- д интубации трахеи и перевода больного на искусственную вентиляцию легких

**ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- а преднизолон
- б гидрокортизон
- в дексаметазон

- г эуфиллин
- д пульмикорт

**ВВЕДЕНИЕ АТРОПИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ
ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
ПОКАЗАНО ПРИ**

- а неэффективности симпатомиметиков
- б сопутствующих нарушениях ритма
- в передозировке сальбутамола
- г выраженной бронхорее
- д синдроме отмены глюкокортикоидов

**АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ**

- а тахикардию
- б мышечную дрожь
- в усиление кашлевого рефлекса
- г сгущение мокроты с затруднением её эвакуации
- д остановку дыхания

**ПОВЫШЕНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗЫ
ЭУФИЛЛИНА ТРЕБУЕТСЯ ПРИ**

- а застойной сердечной недостаточности
- б злом курении
- в хроническом заболевании печени
- г сопутствующей пневмонии
- д приеме преднизолона

**ОПТИМАЛЬНЫМ РАСТВОРОМ ДЛЯ
ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а 4% раствор натрия гидрокарбоната
- б раствор гидроксиэтилкрахмала
- в 0,9% раствор натрия хлорида
- г 5% раствор глюкозы
- д реополиглюкин

**УГНЕТЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРИ ИНГАЛЯЦИИ
100% КИСЛОРОДА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО
ПРИ**

- а приступе атопической астмы
- б отеке легких у больных с митральным стенозом
- в синдроме Пиквика
- г массивной тромбоэмболии легочной артерии
- д синдроме Мендельсона

**ПРИ РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКИ
ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРКАПНИИ НА ФОНЕ
АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА
РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а применение дыхательных analeптиков
- б усиление регидратационной терапии
- в начало искусственной вентиляции легких

- г внутривенное введение раствора натрия гидрокарбоната
- д подкожное введение атропина

**ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ
ПРОБЫ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТЕНЗИЯ
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ УЖЕ ПРИ СНИЖЕНИИ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА**

- а 5 мм ст.
- б 10 мм ст.
- в 20 мм ст.
- г 30 мм ст.
- д 40 мм ст.

**ДИАГНОЗУ «ПРОСТОЙ ОБМОРОК»
ПРОТИВОРЕЧИТ ОБНАРУЖЕНИЕ ПРИ
ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО В
ПОСТСИНКОПАЛЬНЫЙ ПЕРИОД**

- а головной боли
- б ретроградной амнезии
- в потливости
- г тошноты
- д чувства слабости

ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а полной атриовентрикулярной блокады
- б трепетания предсердий 5:1
- в суправентрикулярной тахикардии
- г ускоренного идиовентрикулярного ритма

- д фибрилляции предсердий с тахисистолией желудочков

**ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ОТМЕЧАЕТСЯ**

- а внезапное начало
- б развитие патологических рефлексов
- в влажность кожных покровов
- г дыхание Куссмауля

д повышение тонуса глазных яблок

**ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ
НАБЛЮДАЕТСЯ**

- а запах ацетона изо рта
- б симптом Бабинского
- в дыхание Чейн-Стокса
- г артериальная гипертензия
- д холодный пот

**ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ
РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ
КЕТОАЦИДОЗЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а 5% раствор глюкозы
- б 0,9% раствор натрия хлорида
- в 4% раствор натрия гидрокарбоната
- г полиглюкин
- д реополиглюкин

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ
КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а быстрое развитие
- б дыхание Куссмауля
- в преимущественное развитие при сахарном диабете типа I
- г гиповолемия
- д предшествующая олигурия

**ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ
ГЛЮКОМЕТРА (ГЛЮКОТЕСТ ПРИ
СОДЕРЖАНИИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ УЖЕ
МЕНЬШЕ**

- а 8,2 ммоль/л
- б 5,5 ммоль/л
- в 3,3 ммоль/л
- г 2,6 ммоль/л
- д 1,5 ммоль/л

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а постепенное развитие
- б снижение тонуса глазных яблок
- в гиповолемия
- г влажность кожных покровов
- д дыхание Куссмауля

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ
КОМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ВНУТРИВЕННО ВВОДИТСЯ**

- а тиамин 100 мг, затем 40 мл 40% раствора глюкозы
- б налоксон 0,4-0,8 мг
- в 40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 6-8 ЕД инсулина
- г 200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 капель в минуту
- д дисоль

**ЕСЛИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ 40 МЛ 40%
РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНОГО
ВОССТАНОВИЛОСЬ СОЗНАНИЕ, В ПЕРВУЮ
ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО**

- а предложить больному поест
- б ввести внутривенно капельно 400 мл 10% раствора глюкозы
- в ввести инсулин короткого действия, затем предложить больному поест
- г ввести поляризующую смесь
- д госпитализировать в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

**ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ,
РЕФРАКТЕРНОЙ К ВВЕДЕНИЮ 40%
РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ, ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**

- а 0,9% раствора натрия хлорида
- б глюкагона
- в раствора натрия гидрокарбоната
- г панангина
- д тиамина хлорида

**ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ
ВНУТРИМЫШЕЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ ГЛЮКАГОНА
ПОВЫШАЕТ КОНЦЕНТРАЦИЮ ГЛЮКОЗЫ В
КРОВИ С УСТРАНЕНИЕМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ УЖЕ ЧЕРЕЗ**

- а 90 минут
- б 60 минут
- в 30 минут
- г 15 минут
- д 5 минут

**РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ МАЛОВЕРОЯТНО ПРИ**

- а разовом введении глюкокортикоидных гормонов в большой дозе
- б отмене глюкокортикоидных гормонов после их длительного применения
- в тяжелом течении инфекционных заболеваний (пневмония, менингит п.)
- г травматическом шоке
- д тяжелой эндогенной интоксикации

**ОСТРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а возбуждением
- б выраженной артериальной гипотензией
- в гипергликемией
- г гипокалиемией
- д гипергидрозом

**К ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОЙ
НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ОТНОСИТСЯ**

- а мышечный гипертонус
- б артериальная гипертензия
- в гипокалиемия
- г гипогликемия
- д появление патологических рефлексов

**ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**

- а глюкокортикоидных гормонов
- б дигоксина
- в кордиамина
- г панангина
- д эуфиллин

**ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ
ПРИЗНАКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а желто-коричневая окраска кожных покровов
- б сухие, холодные ладони
- в экзофтальм
- г гипергликемия
- д гипотермия

**ТИРЕОТОКСИЧЕСКИЙ КРИЗ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- а гипотермией
- б адинамией
- в брадикардией
- г сонливостью
- д гипергидрозом

**ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ КРИЗЕ
ПРОТИВОПОКАЗАН**

- а раствор глюкозы
- б дексаметазон
- в анаприлин
- г аспирин
- д 0,9% раствор натрия хлорида

**ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ КРИЗЕ
ПРОТИВОПОКАЗАН**

- а раствор глюкозы
- б дексаметазон
- в анаприлин
- г 0,9% раствор натрия хлорида
- д амиодарон

**ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ
КРИЗЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**

- а панангина
- б глюкагона
- в амиодарона
- г метопролола
- д новокаинамида

**ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА ЙОД В
АНАМНЕЗЕ БОЛЬНОМУ ПРОТИВОПОКАЗАН**

- а амиодарон
- б верапамил
- в пропранолол
- г каптоприл
- д магния сульфат

**ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА
ЭУФИЛЛИН ПРОТИВОПОКАЗАН**

- а атропин
- б адреналин
- в супрастин
- г преднизолон
- д беродуал

**СУЛЬФОКАМФОКАИН ПРОТИВОПОКАЗАН
ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К**

- а ацетилсалициловой кислоте
- б морфину
- в новокаину
- г анальгину
- д кордиамину

**КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ АРТЕРИИ КОНЕЧНОСТИ
ТРЕБУЕТ НАЛОЖЕНИЯ**

- а кровоостанавливающего жгута ниже места повреждения
- б кровоостанавливающего жгута выше места повреждения
- в кровоостанавливающего жгута выше и ниже места повреждения
- г давящей повязки на место повреждения
- д давящей повязки выше места повреждения

**КРИТЕРИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ НАЛОЖЕНИЯ
КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА ПРИ
КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ АРТЕРИИ КОНЕЧНОСТИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а временное усиление кровотечения
- б цианотичность конечности ниже места наложения жгута
- в отечность конечности ниже места наложения жгута
- г исчезновение пульса на конечности ниже места наложения жгута
- д появление петехиальной сыпи ниже места наложения жгута

**ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ КОНЕЧНОСТИ
ОСЛАБЛЕНИЕ НАЛОЖЕННОГО
КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА**

- а на догоспитальном этапе не проводится
- б проводится каждые 3 часа летом и 2 часа зимой
- в проводится каждые 2 часа в любое время года
- г проводится каждые 1,5 часа летом и 30 минут зимой
- д проводится каждые 30 минут летом и 10 минут зимой

**ПРИ РАНЕНИИ АРТЕРИИ КОНЕЧНОСТИ
ПЕРЕД ОСЛАБЛЕНИЕМ
КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА**

- а дополнительные мероприятия на догоспитальном этапе не требуются
- б накладывается давящая повязка на место повреждения
- в выполняется пальцевое прижатие артерии выше жгута
- г подкожно выше места повреждения вводится адреналин
- д внутривенно вводится натрия этамзилат

**КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕНЫ КОНЕЧНОСТИ
ТРЕБУЕТ НАЛОЖЕНИЯ**

- а кровоостанавливающего жгута ниже места повреждения
- б кровоостанавливающего жгута выше места повреждения
- в импровизированной закрутки выше и ниже места повреждения
- г давящей повязки на место повреждения
- д давящей повязки выше места повреждения

**КРИТЕРИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ НАЛОЖЕНИЯ
ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ
ВЕНЫ КОНЕЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а бледность конечности ниже места наложения повязки
- б отечность конечности выше места наложения повязки
- в ослабление кровотечения
- г исчезновение пульса на конечности ниже места наложения повязки
- д появление петехиальной сыпи ниже места наложения повязки

**В ОТЛИЧИЕ ОТ УШИБА МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ПРИ ЗАКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- а локальная боль
- б гематома
- в сохранение целостности кожных покровов
- г ограничение функции поврежденной конечности
- д патологическая подвижность в области повреждения

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ
ВКОЛОЧЕННОГО ПЕРЕЛОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а повреждение кожных покровов над местом перелома
- б смещение оси поврежденной конечности
- в боль в области перелома при нагрузке по оси
- г удлинение поврежденной конечности
- д патологическая подвижность в области повреждения

**В ОТЛИЧИЕ ОТ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ПРИ
ЗАКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- а боль в области повреждения
- б обильное наружное кровотечение в области повреждения
- в отсутствие раны мягких тканей, сообщаемой с областью перелома
- г ограничение движения в поврежденной конечности
- д патологическая подвижность в области повреждения

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ
ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а боль в области повреждения
- б повреждение кожных покровов в области повреждения с наличием отломков в ране
- в смещение оси поврежденной конечности
- г ограничение движения в поврежденной конечности
- д патологическая подвижность в области повреждения

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ВЫВИХА
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а наружное кровотечение в области сустава
- б сохранение способности к активным движениям в суставе
- в повышенная подвижность в суставе
- г деформация области сустава
- д патологическая подвижность в суставе

**ПЕРЕЛОМ ЛОПАТКИ ЧАСТО
СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПЕРЕЛОМОМ**

- а подлежащих ребер
- б ребер на противоположной стороне
- в лопатки на противоположной стороне
- г ключицы на стороне повреждения
- д ключицы на противоположной стороне

**ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ
ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ**

- а осуществляется путем заведения поврежденной верхней конечности за голову с фиксацией к шее
- б заключается в наложении повязки Дезо
- в заключается в наложении восьмиобразной повязки
- г осуществляется приведением выпрямленной конечности к туловищу с фиксацией бинтом
- д не проводится

**ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ
ВЫВИХЕ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА
КЛЮЧИЦЫ**

- а противопоказана
- б осуществляется приведением выпрямленной конечности к туловищу с фиксацией бинтом
- в заключается в наложении повязки Дезо
- г осуществляется путем отведения поврежденной верхней конечности вбок на 90 градусов с фиксацией лестничной шиной
- д заключается в наложении восьмиобразной повязки

**ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ЗАКРЫТОМ
ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У
ВЗРОСЛОГО**

- а незначителен
- б максимально достигает 500 мл
- в максимально достигает 1000 мл
- г максимально достигает 1500 мл
- д максимально достигает 2000 мл

**ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В
СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ**

- а подмышечный нерв
- б локтевой нерв
- в лучевой нерв

- г срединный нерв
- д мышечно-кожный нерв

НАИБОЛЬШУЮ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

- а перелом ключицы
- б оскольчатый перелом верхней трети плечевой кости со смещением
- в абдукционный перелом шейки плечевой кости
- г перелом диафиза плечевой кости на границе средней и нижней трети
- д перелом плечевой кости в нижней трети

ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ НЕВОЗМОЖНОСТЬ ТЫЛЬНОГО СГИБАНИЯ КИСТИ И ОТВЕДЕНИЯ БОЛЬШОГО ПАЛЬЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПОВРЕЖДЕНИИ

- а срединного нерва
- б локтевого нерва
- в лучевого нерва
- г сухожилий пальцев кисти
- д сухожилий тыльного сгибания кисти

ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

- а не применяется
- б накладывается в верхней трети плеча
- в накладывается в средней трети плеча
- г накладывается не выше 2 см от места повреждения
- д накладывается на место повреждения

МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК ПРИ ЗАКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛОГО ВВОДИТСЯ В МЕСТО ПЕРЕЛОМА В ОБЪЕМЕ

- а 2-5 мл
- б 10 мл
- в 15-20 мл
- г 40 мл
- д 50 мл

**ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ
КОСТИ ШИНОЙ ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ
ИММОБИЛИЗАЦИИ ДОСТАТОЧНО
ФИКСИРОВАТЬ**

- а отломки плечевой кости проксимальнее и дистальнее места перелома
- б проксимальный отломок плечевой кости и локтевой сустав
- в дистальный отломок плечевой кости и плечевой сустав
- г локтевой и плечевой суставы
- д лучезапястный, локтевой и плечевой суставы

**транспортная ИММОБИЛИЗАЦИЯ При
переломе в верхней трети плеча**

- а не проводится
- б требует фиксации к туловищу выпрямленной в локтевом суставе руки
- в осуществляется путем отведения поврежденной верхней конечности вбок на 90 градусов с фиксацией лестничной шиной
- г осуществляется путем приведения плеча к туловищу и расположения кисти согнутой в локтевом суставе руки на грудной мышце противоположной стороны
- д требует фиксации максимально прижатого к поврежденной плечевой кости предплечья

**ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ
КОСТИ ЛЕСТНИЧНАЯ ШИНА ДЛЯ
ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ**

- а не применяется
- б располагается от локтевого до плечевого сустава на поврежденной стороне
- в располагается от середины предплечья до плечевого сустава на поврежденной стороне
- г располагается от середины предплечья на поврежденной стороне до плечевого сустава на здоровой стороне
- д располагается от пястно-фаланговых суставов кисти на поврежденной стороне до плечевого сустава на здоровой стороне

**ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ
ШИНОЙ ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ
ИММОБИЛИЗАЦИИ ДОСТАТОЧНО
ФИКСИРОВАТЬ**

- а отломки костей предплечья проксимальнее и дистальнее места перелома
- б дистальные отломки костей предплечья и локтевой сустав
- в проксимальные отломки костей предплечья и лучезапястный сустав
- г лучезапястный и локтевой суставы
- д лучезапястный, локтевой и плечевой суставы

**ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В
ОБЛАСТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ
кровоостанавливающий ЖГУТ**

- а не применяется
- б накладывается в верхней трети плеча
- в накладывается в средней трети плеча
- г накладывается в нижней трети плеча
- д накладывается на предплечье выше места повреждения

**К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПЕРЕЛОМАМ
ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ
ОТНОСИТСЯ ПЕРЕЛОМ**

- а луча в типичном месте
- б головки локтевой кости
- в головки лучевой кости
- г шиловидного отростка лучевой кости
- д полулунной кости

**ПЕРЕЛОМ ЛУЧА В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ
ВКЛЮЧАЕТ ПЕРЕЛОМ**

- а нижней трети лучевой кости в сочетании с вывихом головки лучевой кости
- б шиловидного отростка лучевой кости
- в головки лучевой кости
- г дистального метаэпифиза лучевой кости
- д шейки лучевой кости

**ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО
СУСТАВА ИЛИ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ**

- а нет необходимости в транспортной иммобилизации
- б достаточно расположить шину от середины кисти до дистальной трети предплечья

- в следует расположить шину от концов пальцев до локтевого сустава
- г требуется расположить шину от середины кисти до середины плеча
- д необходимо расположить шину от концов пальцев до плечевого сустава

**ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ АРТЕРИИ КИСТИ
кровоостанавливающий ЖГУТ**

- а не применяется
- б накладывается в верхней трети плеча
- в накладывается в средней трети плеча
- г накладывается в средней трети предплечья

- д накладывается в нижней трети предплечья

**ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРА
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а патологическая подвижность в области перелома
- б наружная ротация стопы
- в боль в коленном суставе при давлении в этой области по оси бедра
- г сохранение активных движений в конечности

- д удлинение поврежденной конечности

**ПРЯМОЙ МЕХАНИЗМ ТРАВМЫ НАИБОЛЕЕ
ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- а перелома лодыжек
- б винтообразного перелома большеберцовой кости
- в поперечного перелома ключицы
- г перелома шейки бедренной кости
- д компрессионного перелома тел поясничных позвонков

**ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА БЕДРА В СРЕДНЕЙ
ТРЕТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а сглаженность контуров коленного сустава

- б деформация конечности в области перелома

- в боль в коленном суставе при давлении в этой области по оси бедра
- г гематома в области тазобедренного сустава

- д удлинение поврежденной конечности

**ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ЗАКРЫТОМ
ДИАФИЗАРНОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА У
ВЗРОСЛОГО МАКСИМАЛЬНО ДОСТИГАЕТ**

- а 500 мл
- б 1000 мл
- в 1500 мл
- г 2000 мл
- д 2500 мл

**ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ДИСТАЛЬНОГО
ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ
кровоостанавливающий ЖГУТ**

- а не применяется
- б накладывается в верхней трети бедра
- в накладывается в нижней трети бедра
- г накладывается не выше 5 см от места повреждения
- д накладывается на место повреждения

**МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК ПРИ ЗАКРЫТОМ
ДИАФИЗАРНОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА У
ВЗРОСЛОГО ВВОДИТСЯ В МЕСТО ПЕРЕЛОМА
В ОБЪЕМЕ**

- а 20 мл
- б 30 мл
- в 50 мл
- г 70 мл
- д 100 мл

**ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА
ШИНОЙ ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ
ИММОБИЛИЗАЦИИ ДОСТАТОЧНО
ФИКСИРОВАТЬ**

- а отломки бедренной кости проксимальнее и дистальнее места перелома
- б проксимальный отломок бедренной кости и коленный сустав
- в дистальный отломок бедренной кости и тазобедренный сустав
- г коленный и тазобедренный суставы
- д голеностопный, коленный и тазобедренный суставы

**ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА
ШИНА ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ
ИММОБИЛИЗАЦИИ**

- а не применяется

- б располагается от пальцев стопы до подмышечной впадины
- в располагается от пальцев стопы до тазобедренного сустава
- г располагается от середины голени до подмышечной впадины
- д располагается от коленного до тазобедренного сустава

**ОТРЫВ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ БЕДРА
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОИСХОДИТ ОТ**

- а верхнего полюса надколенника
- б бугристости большеберцовой кости
- в седалищного бугра таза
- г передней нижней ости подвздошной кости

- д передней верхней ости подвздошной кости

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ТРАВМЫ
КОЛЕННОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а повреждение боковых связок
- б повреждение крестообразных связок
- в перелом надколенника
- г повреждение внутреннего мениска
- д повреждение наружного мениска

**АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ
ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а боль в области менисков
- б патологическая боковая подвижность
- в симптом спуска с лестницы
- г симптом «блокады» сустава
- д симптом «переката» мениска

**ПРИ УШИБЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА В
ОБЛАСТИ ШЕЙКИ МАЛОБЕРЦОВОЙ КОСТИ
ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ**

- а большеберцовый нерв
- б малоберцовый нерв
- в бедренный нерв
- г запирающий нерв
- д седалищный нерв

**К ПРИЗНАКАМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО
ГЕМАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА
ОТНОСИТСЯ**

- а отсутствие деформации коленного сустава

- б патологическая подвижность в коленном суставе
- в симптом "баллотирования" надколенника
- г симптом "прилипшей пятки"
- д нарушение сгибательно-разгибательных движений в голеностопном суставе при согнутой в колене ноге

К ПРИЗНАКАМ ПЕРЕЛОМА НАДКОЛЕННИКА ОТНОСИТСЯ

- а невозможность поднять вытянутую ногу при внешнем сопротивлении
- б невозможность поднять согнутую в колене ногу
- в боль в области тазобедренного сустава
- г симптом "прилипшей пятки"
- д патологическая подвижность в коленном суставе

К ПРИЗНАКАМ ПЕРЕЛОМА НАДКОЛЕННИКА ОТНОСИТСЯ

- а отсутствие болевых ощущений в области колена
- б невозможность поднять согнутую в колене ногу
- в расхождение отломков надколенника при пальпации
- г симптом "прилипшей пятки"
- д патологическая подвижность в коленном суставе

ОТКРЫТЫЕ ДИАФИЗАРНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

- а ключицы
- б плечевой кости
- в пястных костей
- г бедренной кости
- д костей голени

ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В ОБЛАСТИ ГОЛЕНИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

- а не применяется
- б накладывается в верхней трети бедра
- в накладывается в нижней трети бедра
- г накладывается на голени выше места повреждения

- д накладывается на место повреждения

**ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ШИНОЙ
ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ
ДОСТАТОЧНО ФИКСИРОВАТЬ**

- а отломки костей голени проксимальнее и дистальнее места перелома
- б проксимальные отломки костей голени и голеностопный сустав
- в дистальные отломки костей голени и коленный сустав
- г голеностопный и коленный суставы
- д голеностопный, коленный и тазобедренный суставы

**ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ШИНА
ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ**

- а не применяется
- б располагается от пальцев стопы до подмышечной впадины
- в располагается от пальцев стопы до средней трети бедра
- г располагается от пальцев стопы до коленного сустава
- д располагается от голеностопного до коленного сустава

**ПРИ ЛОДЫЖЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛЯ
ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ**

- а лестничная шина не применяется
- б шина располагается от середины стопы до колена по задней поверхности
- в шина располагается от пятки до середины бедра по задней поверхности
- г одна шина располагается от пальцев стопы до колена по задней поверхности, другая – V-образно с боков до середины голени
- д одна шина располагается от пятки до середины бедра по задней поверхности, другая – V-образно с боков до середины голени

**ИЗОЛИРОВАННОЕ ВВЕДЕНИЕ КЕТОРОЛАКА
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
МАЛОЭФФЕКТИВНО ПРИ**

- а переломе костей запястья
- б переломе наружной лодыжки
- в вывихе плеча
- г переломе костей стопы
- д переломе костей носа

ПРИ ВЫВИХАХ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ СТОПА ЧАЩЕ ВСЕГО СМЕЩАЕТСЯ

- а кпереди
- б кзади
- в кнутри
- г кнаружи
- д кпереди и кнутри

К ПРИЗНАКАМ ПОВРЕЖДЕНИЯ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ОТНОСИТСЯ

- а резкая боль в области 1-5 пальцев
- б сохранение способности стоять на носке поврежденной ноги
- в невозможность сгибательно-разгибательных движений в голеностопном суставе
- г диастаз и западение в области повреждения
- д симптом "прилипшей пятки"

МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а падение на выпрямленные ноги с высоты
- б чрезмерное переразгибание стопы
- в подворачивание стопы кнаружи
- г подворачивание стопы кнутри
- д падение груза на стопу

К ПРИЗНАКАМ ПЕРЕЛОМА ПЯТОЧНОЙ КОСТИ ОТНОСИТСЯ

- а резкая боль в области 1-5 пальцев
- б сохранение способности наступать на пятку при невозможности стоять на носке поврежденной ноги
- в невозможность сгибательно-разгибательных движений в голеностопном суставе
- г боль и деформация в пяточной и подлодыжечной областях
- д симптом "прилипшей пятки"

**Основным механизмом развития вывиха
пальцев стопы является**

- а падение груза на стопу
- б подвертывание стопы кнутри
- в удар пальцев по неподвижному твердому предмету
- г падение с высоты на пятки
- д чрезмерное переразгибание стопы

**ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ
СТОПЫ С АРТЕРИАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ
КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ**

- а не применяется
- б накладывается в верхней трети бедра
- в накладывается в нижней трети бедра
- г накладывается в верхней трети голени
- д накладывается в нижней трети голени

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- а вынужденное положение пострадавшего «на боку»
- б симптом «прилипшей пятки»
- в сохранение способности поднять согнутую в колене ногу
- г ослабление болезненности при сдавлении крыльев таза
- д ослабление болезненности при разведении крыльев таза

**ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ
КОСТЕЙ ПЕРЕДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ТАЗА БЕЗ
ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У
ВЗРОСЛОГО МАКСИМАЛЬНО ДОСТИГАЕТ**

- а 500 мл
- б 800 мл
- в 1500 мл
- г 2000 мл
- д 2500 мл

**ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ
КОСТЕЙ ЗАДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ТАЗА БЕЗ
ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У
ВЗРОСЛОГО МАКСИМАЛЬНО ДОСТИГАЕТ**

- а 500 мл
- б 800 мл
- в 1500 мл

- г 2000 мл
- д 2500 мл

ОБЪЕМ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА

- а заключается в скорейшей транспортировке в стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- б ограничивается транспортировкой в стационар на щите в позе «лягушки»
- в ограничивается внутривенным или ингаляционным обезболиванием с последующей транспортировкой в стационар на щите в позе «лягушки»
- г соответствует комплексу интенсивной терапии травматического шока, в инфузионную терапию, внутривенное или ингаляционное обезбоживание с последующей транспортировкой в стационар на щите в позе «лягушки»
- д включает обязательное выполнение новокаиновых блокад наряду с другими противошоковыми мероприятиями

ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА в шейном отделе У ПОСТРАДАВШЕГО В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОМ ПРОИСШЕСТВИИ ИЛИ ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ

- а целесообразно подозревать только при коме
- б может быть исключен на догоспитальном этапе при отсутствии явлений тетрапареза
- в маловероятен, если имеются жалобы только на локальную болезненность в шее
- г должен всегда предполагаться на догоспитальном этапе с обязательным принятием мер профилактики повреждения спинного мозга
- д всегда свидетельствует о нетранспортабельности пострадавшего

ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ У ПОСТРАДАВШЕГО БЕЗ СОЗНАНИЯ ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ С ВЫСОТЫ ИЛИ НЫРЯНИЯ В ВОДУ ЯВЛЯЕТСЯ

- а выполнение тройного приема Сафара

- б интубация трахеи
- в ингаляция кислорода через лицевую маску
- г фиксация шейного отдела позвоночника с помощью шины-воротника
- д катетеризация вены и начало инфузионной терапии

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ
ПОЗВОНОЧНИКА в шейном отделе
пострадавшие транспортируются**

- а только сидя
- б на щите, лежа на спине с головой, приведенной к груди
- в на щите, лежа на спине с наложенной шиной-воротником
- г на щите, лежа на спине с запрокинутой головой
- д на щите, лежа на животе с наложенной шиной-воротником

**ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА В ПОЯСНИЧНОМ
ОТДЕЛЕ МАЛОВЕРОЯТЕН, ЕСЛИ**

- а боль возникает только при сдавливании крыльев таза
- б болезненны движения позвоночника вокруг оси
- в выявляется только парестезия нижних конечностей без грубых двигательных нарушений
- г боль возникает при давлении на позвоночник по оси
- д имеется только локальная болезненность при давлении на остистый отросток позвонка

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ
ПОЗВОНОЧНИКА В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ
ТРАНСПОРТИРОВКА ПОСТРАДАВШИХ**

- а невозможна
- б производится в положении лежа на спине на жестких носилках или щите
- в производится в положении лежа на животе на жестких носилках или щите
- г производится в положении сидя
- д производится в положении на боку на жестких носилках или щите

Поперечное поражение верхних шейных сегментов спинного мозга клинически проявляется

- а спастической тетраплегией, параличом грудино-ключично-сосцевидных и трапецевидных мышц, диафрагмы (одышка, икота)
- б периферическим параличом верхних конечностей, спастическим параличом нижних конечностей, двухсторонним синдромом Клода Бернара–Горнера (птоз, миоз, энофтальм)
- в спастической нижней параплегией, утратой всех видов чувствительности ниже уровня поражения
- г вялой нижней параплегией, параанестезией на нижних конечностях
- д спастическим параличом на стороне поражения и проводниковой анестезией болевой и температурной чувствительности на стороне, противоположной очагу

Поперечное поражение шейного утолщения спинного мозга клинически проявляется

- а спастической тетраплегией, параличом грудино-ключично-сосцевидных и трапецевидных мышц, диафрагмы (одышка, икота)
- б периферическим параличом верхних конечностей, спастическим параличом нижних конечностей, двухсторонним синдромом Клода Бернара–Горнера (птоз, миоз, энофтальм)
- в спастической нижней параплегией, утратой всех видов чувствительности ниже уровня поражения
- г вялой нижней параплегией, параанестезией на нижних конечностях
- д спастическим параличом на стороне поражения и проводниковой анестезией болевой и температурной чувствительности на стороне, противоположной очагу

Поперечное поражение грудных сегментов спинного мозга клинически проявляется

- а спастической тетраплегией, параличом грудино-ключично-сосцевидных и трапецевидных мышц, диафрагмы (одышка, икота)
- б периферическим параличом верхних конечностей, спастическим параличом нижних конечностей, двухсторонним синдромом Клода Бернара–Горнера (птоз, миоз, энофтальм)
- в спастической нижней параплегией, утратой всех видов чувствительности ниже уровня поражения
- г вялой нижней параплегией, параанестезией на нижних конечностях
- д спастическим параличом на стороне поражения и проводниковой анестезией болевой и температурной чувствительности на стороне, противоположной очагу

Поперечное поражение поясничного утолщения спинного мозга клинически проявляется

- а спастической тетраплегией, параличом грудино-ключично-сосцевидных и трапецевидных мышц, диафрагмы (одышка, икота)
- б периферическим параличом верхних конечностей, спастическим параличом нижних конечностей, двухсторонним синдромом Клода Бернара–Горнера (птоз, миоз, энофтальм)
- в спастической нижней параплегией, утратой всех видов чувствительности ниже уровня поражения
- г вялой нижней параплегией, параанестезией на нижних конечностях
- д спастическим параличом на стороне поражения и проводниковой анестезией болевой и температурной чувствительности на стороне, противоположной очагу

Синдром поражения половины поперечника спинного мозга (синдром Броун–Секар клинически проявляется

- а спастической тетраплегией, параличом грудино-ключично-сосцевидных и трапецевидных мышц, диафрагмы (одышка, икота)

- б периферическим параличом верхних конечностей, спастическим параличом нижних конечностей, двухсторонним синдромом Клода Бернара–Горнера (птоз, миоз, энофтальм)
- в спастической нижней параплегией, утратой всех видов чувствительности ниже уровня поражения
- г вялой нижней параплегией, параанестезией на нижних конечностях
- д спастическим параличом на стороне поражения и проводниковой анестезией болевой и температурной чувствительности на стороне противоположной очагу

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРАВМЕ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а выполнение люмбальной пункции
- б внутривенное введение осмотических диуретиков
- в внутривенное введение салуретиков
- г внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов
- д внутривенное введение пираретама

При падении чаще всего ломаются ребра

- а I-III
- б IV-V
- в VI-IX
- г X-XI
- д XII

ПРИЗНАКОМ, ПРОТИВОРЕЧАЩИМ ДИАГНОЗУ «НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРЕЛОМ РЕБЕР», ЯВЛЯЕТСЯ

- а перелом более 2 ребер
- б наличие боли в области грудной клетки, усиливающейся при кашле и глубоком дыхании
- в локальная болезненность при пальпации в месте перелома и на протяжении поврежденного ребра
- г выявление подкожной эмфиземы
- д ограничение экскурсии грудной клетки на стороне повреждения

**ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ РЕБЕР
ПОСТРАДАВШИЕ ТРАНСПОРТИРУЮТСЯ В
ПОЛОЖЕНИИ**

- а лежа на спине на жестких носилках или щите
- б лежа на животе на жестких носилках или щите
- в сидя или полусидя
- г на боку на жестких носилках или щите на здоровой стороне
- д на боку на жестких носилках или щите на поврежденной стороне

**ПРИ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а используется фиксирующая спиральная повязка на грудную клетку
- б применяется фиксирующая крестообразная повязка на грудную клетку
- в наложение фиксирующей повязки не показано
- г накладывается повязка Дезо на стороне повреждения
- д накладывается повязка Дезо на здоровой стороне

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДВОЙНОГО
ПЕРЕЛОМА РЕБЕР ЯВЛЯЕТСЯ**

- а парадоксальные движения грудной клетки в месте травмы при дыхании
- б отсутствие экскурсии поврежденной половины грудной клетки
- в нарастающая подкожная эмфизема
- г открытый пневмоторакс
- д кровохарканье

**ПРИ ОКОНЧАТОМ ПЕРЕЛОМЕ РЕБЕР С
НАЛИЧИЕМ ФЛОТИРУЮЩЕГО УЧАСТКА
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ**

- а используется спиральная повязка на грудную клетку
- б производится фиксация флотирующего участка пластырем без наложения циркулярной повязки
- в применяется циркулярная повязка на грудную клетку эластичным бинтом

- г фиксация флотирующего участка не показана
- д накладывается повязка Дезо на стороне повреждения

Ложно-абдоминальный синдром характерен ДЛЯ

- а повреждения диафрагмы
- б перелома ребер в области нижней зоны грудной клетки
- в перелома тела грудины
- г гематомы средостения
- д перелома грудного отдела позвоночника

ПЕРКУТОРНО ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ НА ПОРАЖЕННОЙ СТОРОНЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

- а специфических изменений нет
- б выявляется притупление
- в определяется тимпанический звук
- г определяется коробочный звук
- д выявляется ясный легочный звук

АУСКУЛЬТАТИВНО ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- а везикулярное дыхание с обеих сторон
- б ослабление дыхания на стороне поражения
- в жесткое дыхание с обеих сторон
- г бронхиальное дыхание на стороне поражения
- д крепитирующее жесткое дыхание на стороне поражения

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТКРЫТОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- а наличие раны груди
- б выраженная одышка
- в выделение пузырьков воздуха с кровью из раны груди
- г ослабление дыхания при аускультации на пораженной стороне грудной клетки
- д тимпанический звук при перкуссии на пораженной стороне грудной клетки

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а госпитализации в стационар в срочном порядке без дополнительных лечебных мероприятий
- б обезболивании наркотическими или ненаркотическими анальгетиками и госпитализации в стационар на фоне оксигенотерапии
- в наложении окклюзионной повязки на рану грудной клетки и госпитализации в стационар на фоне оксигенотерапии
- г наложении окклюзионной повязки на рану грудной клетки и госпитализации в стационар после интубации трахеи на фоне проведения искусственной вентиляции легких

- д незамедлительном выполнении плевральной пункции во II межреберье по среднеключичной линии на стороне поражения и госпитализации в стационар на фоне оксигенотерапии

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ
НАПРЯЖЕННОГО КЛАПАННОГО
ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а наличие раны груди
- б подкожная эмфизема
- в ослабленное дыхание при аускультации на пораженной стороне грудной клетки
- г набухшие шейные вены
- д тимпанический перкуторный звук на пораженной стороне грудной клетки

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ
НАПРЯЖЕННОГО КЛАПАННОГО
ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а нарастающая одышка
- б подкожная эмфизема
- в стабильная гемодинамика
- г жесткое дыхание при аускультации на пораженной стороне грудной клетки
- д притупление перкуторного звука на пораженной стороне грудной клетки

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ
НАПРЯЖЕННОМ КЛАПАННОМ
ПНЕВМОТОРАКСЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а госпитализации в стационар в срочном порядке без дополнительных лечебных мероприятий

- б обезболивании наркотическими или ненаркотическими анальгетиками и госпитализации в стационар на фоне оксигенотерапии
- в госпитализации в стационар после интубации трахеи на фоне проведения искусственной вентиляции легких
- г незамедлительном выполнении плевральной пункции во II межреберье по средне-ключичной линии на стороне поражения и госпитализации в стационар на фоне оксигенотерапии
- д незамедлительном выполнении плевральной пункции в VII межреберье по лопаточной или заднее-подмышечной линии на стороне поражения и госпитализации в стационар на фоне оксигенотерапии

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ГРУДИНЫ

- а нехарактерна боль при глубоком вдохе
- б отсутствует деформация в области грудины
- в возможен сопутствующий ушиб сердца
- г наблюдается парадоксальное дыхание
- д выявляется крепитация отломков

УШИБ СЕРДЦА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

- а не может быть исключен на догоспитальном этапе
- б полностью исключается при отсутствии изменений на электрокардиограмме
- в всегда сопровождается развитием политопной экстрасистолии
- г требует внутривенного капельного введения лидокаина для профилактики развития фибрилляции желудочков во время транспортировки в стационар
- д всегда сопровождается болью, похожей на стенокардию

ДИАГНОЗ «ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ТАМПОНАДА СЕРДЦА» НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МОЖЕТ БЫТЬ ИСКЛЮЧЕН ПРИ

- а набухании шейных вен
- б отсутствии открытой травмы грудной клетки

- в глухости сердечных тонов при аускультации
- г высокой эффективности инфузионной терапии для коррекции артериальной гипотензии
- д выявлении электро-механической диссоциации

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ
ПОДОЗРЕНИИ НА ТРАВМАТИЧЕСКУЮ ТАМПОНАДУ
СЕРДЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а экстренной госпитализации в операционный блок стационар на фоне внутривенного введения инотропных препаратов и респираторной поддержки
- б экстренной госпитализации в операционный блок стационар на фоне массивной инфузионной терапии и респираторной поддержки
- в попытке стабилизации гемодинамических показателей на месте происшествия с помощью инфузионной терапии и введения вазопрессоров с вызовом «на себя » выездной реанимационной бригады
- г неотложном проведении пункции перикарда для эвакуации крови с последующей госпитализацией в стационар после интубации трахеи на фоне проведения искусственной вентиляции легких и массивной инфузионной терапии
- д неотложном проведении пункции перикарда и, при подтверждении диагноза, оставлении пострадавшего на месте, как нетранспортабельного

**ПОСТРАДАВШИЙ С ПРОНИКАЮЩИМ
РАНЕНИЕМ ГРУДИ И ПОДОЗРЕНИЕМ НА
РАНЕНИЕ СЕРДЦА**

- а незамедлительно госпитализируется в операционный блок ближайшего стационара
- б незамедлительно госпитализируется в стационар, имеющий в своем составе кардиохирургическое отделение
- в госпитализируется только после стабилизации гемодинамических показателей на месте происшествия

- г подлежит транспортировке только выездной реанимационной бригадой
- д считается нетранспортабельным в связи с травмой, несовместимой с жизнью

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ ПИЩЕВОДА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а госпитализации в торакальное хирургическое отделение стационара в срочном порядке при любом этиологическом факторе травмы
- б госпитализации в хирургическое отделение стационара в срочном порядке только при наличии ножевого или огнестрельного ранения шеи или груди
- в обязательном введении назогастрального зонда перед транспортировкой в стационар
- г обязательной интубации трахеи с помощью ларингоскопа перед транспортировкой в стационар
- д рекомендации обратиться в поликлинику по месту жительства при подозрении на повреждение пищевода инородным телом

К Наиболее достоверным признакам Проникающего ранения живота ОТНОСИТСЯ

- а наличие раны на брюшной стенке
- б рвота кровью
- в истечение из раны содержимого кишечника
- г сильная боль в животе
- д притупление в отлогих местах при перкуссии живота

К Наиболее достоверным признакам Проникающего ранения живота ОТНОСИТСЯ

- а вздутие живота
- б сильное кровотечение из раны на брюшной стенке
- в положительный симптом Щеткина – Блюмберга
- г эвентрация
- д притупление в отлогих местах при перкуссии живота

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ
ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ЖИВОТА С
ЭВЕНТРАЦИЕЙ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а госпитализации в хирургическое отделение стационара в срочном порядке без дополнительных лечебных мероприятий
- б помещении холода на живот и госпитализации в хирургическое отделение стационара
- в введении антибиотиков, наложении асептической повязки без вправления петель кишечника в брюшную полость и госпитализации в хирургическое отделение стационара
- г обезболивании при наличии сильного болевого синдрома, наложении асептической повязки (увлажненной в жаркое время года без вправления петель кишечника в брюшную полость и госпитализации в хирургическое отделение стационара
- д вправлении выпавшей петли кишечника в брюшную полость, наложении асептической повязки (увлажненной в жаркое время года и госпитализации в хирургическое отделение стационара

**ПРИ ЯВНЫХ ПРИЗНАКАХ ПРОНИКАЮЩЕГО
РАНЕНИЯ ЖИВОТА И СИЛЬНОМ БОЛЕВОМ
СИНДРОМЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а противопоказано
- б допустимо только при сочетанном переломе крупных трубчатых костей
- в может быть проведено только ингаляцией закиси азота с кислородом
- г возможно только при использовании ненаркотических анальгетиков
- д обязательно, в том числе с применением наркотических анальгетиков

**ПЕРКУТОРНОЕ ОТСУТСТВИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ
ТУПОСТИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- а разрыва селезенки
- б травмы поджелудочной железы

- в разрыва полого органа (желудок, кишечник)
- г повреждения печени
- д травмы правой почки

**ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА С
ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО
ОРГАНА ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- а исчезновение печеночной тупости при перкуссии живота
- б наличие симптома «шум плеска»
- в притупление в отлогих местах при перкуссии живота
- г выраженное вздутие живота
- д выраженное напряжение мышц брюшной стенки

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ
ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА И
ПОДОЗРЕНИИ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а госпитализации в хирургическое отделение стационара в срочном порядке без дополнительных лечебных мероприятий
- б помещении холода на живот и госпитализации в хирургическое отделение стационара в срочном порядке
- в помещении холода на живот и госпитализации в хирургическое отделение стационара в срочном порядке на фоне поддерживающей инфузионной терапии
- г транспортировке больного в стационар только после проведения массивной инфузионной терапии
- д обезболивании, начале инфузионной терапии, вызове специализированной бригады скорой медицинской помощи

ПРИ ТРАВМЕ ПОЧЕК

- а боль в поясничной области не выражена
- б наблюдается припухлость в поясничной области
- в гематурия нехарактерна
- г катетеризация мочевого пузыря на догоспитальном этапе обязательна

- д обезболивание на догоспитальном этапе противопоказано даже при сочетании с переломом костей таза

ПРИ РАЗРЫВЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

- а напряжение мышц брюшной стенки в нижних отделах живота нехарактерно
- б при пальпации и перкуссии в надлонной области определяется болезненный увеличенный мочевой пузырь
- в самостоятельное мочеиспускание не нарушено
- г характерна гематурия
- д катетеризация мочевого пузыря на догоспитальном этапе обязательна

ПРИ РАЗРЫВЕ УРЕТРЫ

- а характерна гематома промежности
- б болевой синдром слабо выражен
- в самостоятельное мочеиспускание не нарушено
- г всегда наблюдается уретрорагия
- д катетеризация мочевого пузыря на догоспитальном этапе обязательна

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА СЧИТАЕТСЯ ПРОНИКАЮЩЕЙ

- а всегда при повреждении костей черепа, даже без нарушения целостности кожных покровов головы
- б всегда при нарушении целостности кожных покровов головы
- в всегда при одновременном повреждении костей черепа и нарушении целостности кожных покровов головы
- г при нарушении целостности твердой мозговой оболочки
- д в любом случае выявления очаговой неврологической симптоматики

СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ

- а головной боли различной интенсивности
- б тошноты, рвоты
- в эпизода потери сознания
- г ретроградной амнезии
- д очаговой неврологической симптоматики

ПРИЗНАКОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТ СОТРЯСЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а потеря сознания
- б наличие очаговой неврологической симптоматики
- в сильная головная боль
- г нистагм
- д тошнота, рвота

ПОЯВЛЕНИЕ АНИЗОКОРИИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

- а является малозначимым диагностическим признаком на догоспитальном этапе
- б позволяет исключить ушиб головного мозга
- в позволяет исключить субдуральную гематому
- г позволяет исключить эпидуральную гематому
- д позволяет исключить сотрясение головного мозга

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ ОТНОСИТСЯ

- а положительный симптом Ласега
- б пульсирующий экзофтальм
- в наличие «светлого промежутка»
- г спонтанный нистагм
- д положительный симптом Брудзинского

ВЫЯВЛЕНИЕ РИГИДНОСТИ ЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

- а является малозначимым диагностическим признаком на догоспитальном этапе
- б характерно для субдуральной гематомы
- в патогномонично для субарахноидального кровоизлияния
- г всегда сопровождает тяжелое сотрясение головного мозга
- д служит показанием для выполнения спинномозговой пункции на догоспитальном этапе

**ПОЯВЛЕНИЕ ДЫХАНИЯ ЧЕЙНА-СТОКСА
СРАЗУ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-
МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О**

- а поражении ствола головного мозга
- б поражении шейного отдела спинного мозга
- в субарахноидальном кровоизлиянии
- г поражении лобных долей головного мозга
- д состоявшемся аспирационном синдроме

**ДИСЛОКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У
ПОСТРАДАВШЕГО С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-
МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И КОМОЙ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а стойкой артериальной гипертензией
- б набуханием шейных вен
- в прогрессирующей брадикардией
- г кратковременным восстановлением сознания
- д дыханием Куссмауля

**ПЕРЕЛОМ ПИРАМИДЫ ВИСОЧНОЙ КОСТИ
МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ**

- а спастической атаксией
- б признаками поражения лицевого нерва
- в гиперкинезами
- г гипервентиляцией
- д симптомами орального автоматизма

**Артериальная гипотензия при тяжелой
черепно-мозговой травме**

- а практически не встречается на догоспитальном этапе
- б является противопоказанием для проведения искусственной вентиляции легких
- в менее опасна, чем артериальная гипертензия
- г требует проведения инфузионной терапии в сочетании с введением допамина
- д требует введения мочегонных препаратов

**При тяжелой черепно-мозговой травме,
сопровождающейся комой, интубация
трахеи на догоспитальном этапе показана**

- а всегда
- б только при отсутствии самостоятельного дыхания
- в только при прогрессировании дислокационного синдрома
- г только при сочетанной травме грудной клетки
- д только при развитии аспирационного синдрома

ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА С НАРУШЕНИЕМ ВИТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К

- а проведению искусственной вентиляции легких в режиме гипервентиляции
- б внутривенному капельному введению 5% раствора глюкозы
- в внутривенному введению лазикса
- г выполнению люмбальной пункции
- д внутривенному введению пирацетама

Введение бензодиазепинов или оксibuтирата натрия на догоспитальном этапе ПРИ тяжелой черепно-мозговой травме

- а противопоказано
- б оказывает противосудорожное действие
- в усиливает метаболизм мозговых клеток
- г вызывает парадоксальное возбуждение
- д нивелирует анизокорию

ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВЕДЕНИЕ

- а 40% раствора глюкозы
- б 10-20% раствора глюкозы
- в мексидола
- г пирацетама
- д кордиамина

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПОЛНОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО НЕРВА ОТНОСИТСЯ

- а боль при перкуссии по ходу нерва ниже места повреждения

- б вялый паралич и анестезия в зоне иннервации повреждённого нерва
- в спастический паралич и анестезия в зоне иннервации повреждённого нерва
- г парестезия и высокие сухожильные рефлексы в зоне иннервации повреждённого нерва

- д сохранение двигательных функций ниже места повреждения

**ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО
ЯБЛОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНО**

- а закапывание раствора сульфацил-натрия в конъюнктивальную полость
- б внутривенное введение анальгетика
- в удаление инородного тела, внедренного в толщу роговицы
- г наложение асептической повязки
- д транспортировка пострадавшего на спине

**ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а болезненность при пальпации в месте повреждения
- б боль и отек в месте повреждения
- в патологическая подвижность и костная крепитация при пальпации в месте повреждения
- г ограничение открывания рта
- д патологическая подвижность нескольких зубов в месте повреждения

**ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а транспортная иммобилизация противопоказана во избежание дополнительной травматизации
- б транспортная иммобилизация необходима только при открытом переломе

- в транспортная иммобилизация необходима только при двухстороннем переломе

- г для транспортной иммобилизации достаточно наложить теменно-подбородочную пращевидную повязку

- д всегда необходимо сопоставление отломков с их фиксацией металлическим каркасом до начала транспортировки

ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИЗНАКОМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а костная крепитация при пальпации в месте повреждения
- б усиление боли в области височно-нижнечелюстной области при открывании рта
- в патологическая подвижность в области височно-нижнечелюстной области
- г невозможность закрыть широко открытый рот
- д кровотечение изо рта

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а кровотечение из наружного слухового прохода
- б сильное головокружение
- в рвота
- г потеря сознания
- д боль в ухе с иррадиацией в горло

ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- а болью в ухе стреляющего характера
- б сильным головокружением
- в многократной рвотой
- г потерей сознания
- д снижением остроты слуха

ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- а болью в ухе с иррадиацией в горло
- б сильным головокружением
- в шумом в ушах
- г многократной рвотой
- д потерей сознания

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ
ПРОДОЛЖАЮЩЕМСЯ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ
УХА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В
СТАЦИОНАР**

- а без дополнительных лечебных мероприятий
- б после тампонады слухового прохода сухой стерильной марлевой турундой
- в после удаления сгустков крови из наружного слухового прохода и наложения асептической повязки
- г после закапывания в ухо спиртового раствора борной кислоты и наложения асептической повязки
- д после закапывания в ухо раствора аминокaproновой кислоты и наложения асептической повязки

**РАЗМЕР ЛАДОНИ ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ
ПО ОТНОШЕНИЮ К КОЖНОМУ ПОКРОВУ
ТЕЛА**

- а 0,25%
- б 0,50%
- в 1%
- г 1,50%
- д 2%

**ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ГОЛОВЫ И ШЕИ
ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ**

- а 6%
- б 9%
- в 12%
- г 18%
- д 25%

**ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ПЕРЕДНЕЙ ИЛИ ЗАДНЕЙ
ПОВЕРХНОСТИ ТУЛОВИЩА ВЗРОСЛОГО
СОСТАВЛЯЕТ**

- а 9%
- б 12%
- в 18%
- г 25%
- д 36%

**ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ
ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ**

- а 6%
- б 9%
- в 12%
- г 18%

д 25%

**ПЛОЩАДЬ ОЖОГА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ
ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ**

- а 6%
- б 9%
- в 12%
- г 18%
- д 25%

К ГЛУБОКИМ ОТНОСЯТСЯ ОЖОГИ

- а I степени
- б IIA степени
- в IIB степени
- г IIIA степени
- д ШБ степени

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОЖОГА П
СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а гиперемия кожи
- б отслойка эпидермиса с образованием пузырей
- в омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
- г некроз всех слоев дермы
- д некроз кожи и расположенных под ней тканей

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОЖОГА ША
СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а гиперемия кожи
- б отслойка эпидермиса с образованием пузырей
- в омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
- г некроз всех слоев дермы
- д некроз кожи и расположенных под ней тканей

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОЖОГА ШБ
СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а гиперемия кожи
- б отслойка эпидермиса с образованием пузырей
- в омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
- г некроз всех слоев дермы

- д некроз кожи и расположенных под ней тканей

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ОБРАБОТКА ОЖГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ

- а не проводится
- б ограничивается наложением асептических повязок
- в предполагает наложение асептических повязок и охлаждение ожоговых поверхностей холодными стерильными растворами, криопакетами или специальными гелями
- г требует обработки ожоговых поверхностей масляными растворами, затем наложение асептических повязок
- д заключается в удалении инородных тел, частей одежды и некротизированной ткани, затем наложение асептических повязок

ОЖОГ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ГЛУБОКОМУ ОЖОГУ

- а 5% поверхности тела
- б 10% поверхности тела
- в 15% поверхности тела
- г 20% поверхности тела
- д 25% поверхности тела

ПРИЗНАКОМ, ПРОТИВОРЕЧАЩИМ ДИАГНОЗУ «ОЖОГ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ», ЯВЛЯЕТСЯ

- а осиплость голоса
- б ожог лица
- в частое глубокое дыхание
- г следы копоти в носовых ходах
- д гиперемия слизистой ротоглотки

РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАТРУДНЕНИЯ ДЫХАНИЯ НА ВДОХЕ И ВЫДОХЕ У ОЖГОВОГО БОЛЬНОГО ВКЛЮЧАЕТ

- а госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий

- б незамедлительную госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода через лицевую маску или носовые катетеры, при дальнейшем ухудшении применение ларингеальной трубки
- в незамедлительное выполнение коникотомии и госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода
- г внутривенное и ингаляционное введение глюкокортикоидных гормонов, при дальнейшем ухудшении выполнение коникотомии и госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода
- д внутривенное и ингаляционное введение глюкокортикоидных гормонов, при дальнейшем ухудшении - осуществление попытки интубации трахеи, при технической невозможности - выполнение коникотомии и госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ожога глаз I степени ЯВЛЯЕТСЯ

- а гиперемия и небольшой отек кожи век и конъюнктивы
- б наличие крови в передней камере глаза
- в образование пленок и эрозий на конъюнктиве
- г образование пузырей на коже век
- д помутнение роговицы по типу «матового стекла»

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ожога глаз II степени ЯВЛЯЕТСЯ

- а гиперемия и небольшой отек кожи век и конъюнктивы
- б наличие крови в передней камере глаза
- в образование пленок и эрозий на конъюнктиве
- г помутнение роговицы по типу «матового стекла»
- д помутнение роговицы по типу «фарфоровой пластинки»

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ожога глаз III степени ЯВЛЯЕТСЯ

- а гиперемия и небольшой отек кожи век и конъюнктивы
- б образование пузырей на коже век
- в образование пленок и эрозий на конъюнктиве
- г помутнение роговицы по типу «матового стекла»
- д помутнение роговицы по типу «фарфоровой пластинки»

**ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ГЛАЗ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНО**

- а закапывание раствора сульфацил-натрия в конъюнктивальную полость
- б закапывание раствора пилокарпина в конъюнктивальную полость
- в закапывание раствора лидокаина в конъюнктивальную полость
- г наложение асептической повязки
- д внутривенное введение анальгетиков

**ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ГЛАЗ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНО**

- а закапывание раствора сульфацил-натрия в конъюнктивальную полость
- б закапывание раствора атропина в конъюнктивальную полость
- в закапывание раствора лидокаина в конъюнктивальную полость
- г наложение асептической повязки
- д внутривенное введение анальгетиков

**ПРИ ОЖОГЕ ГЛАЗ ОБИЛЬНОЕ ПРОМЫВАНИЕ
ВОДОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а противопоказано
- б допустимо только при химических ожогах кислотами
- в допустимо только при химических ожогах щелочами
- г при термическом ожоге возможно только при I степени поражения
- д обязательно при любом характере и степени тяжести ожога

**ПРИ ОЖОГЕ ГЛАЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ
ОБЯЗАТЕЛЬНА**

- а только при химических ожогах

- б только при химических ожогах или термических ожогах IV степени
- в только при химических ожогах или термических ожогах III-IV степени
- г только при химических ожогах или термических ожогах II-IV степени
- д при любом характере и степени тяжести ожога

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
ПОДЛЕЖАТ ПОСТРАДАВШИЕ С ГЛУБОКИМИ
ОЖОГАМИ**

- а любой площади
- б не менее 5% поверхности тела
- в не менее 10% поверхности тела
- г не менее 15% поверхности тела
- д не менее 20% поверхности тела

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
ПОДЛЕЖАТ ПОСТРАДАВШИЕ С
ПОВЕРХНОСТНЫМИ ОЖОГАМИ**

- а любой площади
- б не менее 5% поверхности тела
- в не менее 10% поверхности тела
- г только при их сочетании с ожогом дыхательных путей
- д только при их локализации на лице или промежности

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
ПОДЛЕЖАТ ПОСТРАДАВШИЕ С
ПРИЗНАКАМИ ОЖОГА ВЕРХНИХ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

- а в любом случае
- б только при выраженном затруднении дыхания
- в только при признаках отравления угарным газом
- г только при их сочетании с поверхностными ожогами не менее 5% поверхности тела
- д только при их сочетании с глубокими ожогами не менее 5% поверхности тела

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ
ПОДЛЕЖАТ ПОСТРАДАВШИЕ С
ЭЛЕКТРООЖОГАМИ**

- а в любом случае
- б только при наличии глубоких ожогов не менее 5% поверхности тела

- в только при наличии глубоких ожогов не менее 10% поверхности тела
- г только при их сочетании с нарушениями сердечного ритма
- д только при их сочетании с угнетением сознания

ОБРАБОТКА ОЖГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ АЛЮМИНИЙ-ОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ПРОВОДИТСЯ

- а водой
- б 20% раствором глюкозы
- в бензином или керосином
- г 40-70% этиловым спиртом
- д марганцовокислым калием

ОБРАБОТКА ОЖГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НЕГАШЕНОЙ ИЗВЕШЬЮ ПРОВОДИТСЯ

- а водой
- б 20% раствором глюкозы
- в бензином или керосином
- г 40-70% этиловым спиртом
- д марганцовокислым калием

ОБРАБОТКА ОЖГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СОЕДИНЕНИЯМИ ФОСФОРА ПРОВОДИТСЯ

- а полиглюкином
- б марганцовокислым калием
- в бензином или керосином
- г 40-70% этиловым спиртом
- д 20% раствором глюкозы

ОБРАБОТКА ОЖГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СОЕДИНЕНИЯМИ ФЕНОЛА ПРОВОДИТСЯ

- а полиглюкином
- б 20% раствором глюкозы
- в бензином или керосином
- г 40-70% этиловым спиртом
- д марганцовокислым калием

ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- а степень повреждения должна быть выявлена еще до согревания

- б необходимо быстро согреть пораженный участок тела путем интенсивного растирания или лучевым теплом с помощью обогревателя
- в внутривенное обезболивание неэффективно
- г целесообразна теплоизоляция пораженного участка тела от окружающей среды путем наложения толстой ватно-марлевой повязки или специального металлизированного покрытия
- д инфузионная терапия противопоказана

Изолированной травмой СЧИТАЕТСЯ

- а скелетная травма в пределах одного анатомо-функционального сегмента
- б только скелетная травма конечностей
- в повреждение одного внутреннего органа, за исключением черепно-мозговой травмы
- г повреждение нескольких внутренних органов в пределах одной полости
- д повреждение одного внутреннего органа со скелетной травмой в пределах близлежащего анатомо-функционального сегмента

Изолированной травмой СЧИТАЕТСЯ

- а скелетная травма в пределах одного анатомо-функционального сегмента, за исключением открытых переломов
- б только скелетная травма, в том числе, в разных анатомо-функциональных сегментах
- в повреждение любого одного внутреннего органа
- г повреждение нескольких органов в пределах одной полости
- д повреждение одного внутреннего органа со скелетной травмой в пределах близлежащего анатомо-функционального сегмента

Множественной травмой СЧИТАЕТСЯ

- а любые два и более перелома костей
- б скелетная травма в пределах одного анатомо-функционального сегмента с повреждением соответствующего сосудисто-нервного пучка

- в повреждение нескольких внутренних органов в пределах одной полости или скелетная травма в пределах двух и более анатомо-функциональных сегментов
- г повреждение внутренних органов в нескольких полостях
- д повреждение более одного внутреннего органа со скелетной травмой любой локализации

Сочетанной травмой считается

- а повреждение внутренних органов в нескольких полостях, включая черепно-мозговую травму, или повреждение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата
- б скелетная травма в разных анатомо-функциональных сегментах
- в повреждение более одного внутреннего органа в пределах одной полости
- г открытый перелом крупных трубчатых костей с артериальным кровотечением
- д любое повреждение внутренних органов или скелетная травма любой локализации, вызванные одновременным воздействием различных повреждающих факторов

Комбинированной травмой считается

- а повреждение внутренних органов в нескольких полостях
- б любое повреждение внутренних органов или скелетная травма любой локализации, вызванные одновременным воздействием различных повреждающих факторов
- в одновременное повреждение опорно-двигательного аппарата и внутренних органов в разных полостях
- г травматические повреждения любой локализации, обязательно сопровождающиеся черепно-мозговой травмой
- д любые травматические повреждения, сопровождающиеся травматическим шоком

**закрытый перелом ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
относится к**

- а изолированной неосложненной травме
- б изолированной осложненной травме
- в множественной травме
- г сочетанной травме
- д комбинированной травме

**Открытый перелом диафиза бедренной
КОСТИ с повреждением бедренной артерии
относится к**

- а изолированной неосложненной травме
- б изолированной осложненной травме
- в множественной травме
- г сочетанной травме
- д комбинированной травме

**ЗАКРЫТЫЙ перелом ОБЕИХ БЕДРЕННЫХ
КОСТЕЙ относится к**

- а изолированной неосложненной травме
- б изолированной осложненной травме
- в множественной травме
- г сочетанной травме
- д комбинированной травме

**ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА С
ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ
относится к**

- а изолированной неосложненной травме
- б изолированной осложненной травме
- в множественной травме
- г сочетанной травме
- д комбинированной травме

**ЗАКРЫТЫЙ перелом КОСТЕЙ ГОЛЕНИ
СПРАВА И СОТрясение ГОЛОВНОГО МОЗГА
относится к**

- а изолированной неосложненной травме
- б изолированной осложненной травме
- в множественной травме
- г сочетанной травме
- д комбинированной травме

**МНОЖЕСТВЕННЫЙ ДВУХСТОРОННИЙ
ПЕРЕЛОМ РЕБЕР И УШИБ МОЗГА относится к**

- а изолированной неосложненной травме
- б изолированной осложненной травме
- в множественной травме
- г сочетанной травме

д комбинированной травме

**ЗАКРЫТАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА,
ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ СПРАВА И
ТЕРМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПЕРЕДНЕЙ
ПОВЕРХНОСТИ ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ ТЕЛА
относится к**

- а изолированной неосложненной травме
- б изолированной осложненной травме
- в множественной травме
- г сочетанной травме
- д комбинированной травме

**ОТКРЫТЫЙ ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ
СЛЕВА С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ОБЕИХ
ГОЛЕНЕЙ относится к**

- а изолированной неосложненной травме
- б изолированной осложненной травме
- в множественной травме
- г сочетанной травме
- д комбинированной травме

ИЗОЛИРОВАННАЯ Скелетная травма

- а никогда не приводит к развитию травматического шока
- б сопровождается развитием травматического шока при переломе крупных трубчатых костей или костей таза
- в сопровождается развитием травматического шока только при открытых переломах
- г сопровождается развитием травматического шока только при наличии артериального кровотечения
- д всегда сопровождается развитием травматического шока за счет болевой реакции

**В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ
КРУПНЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЕЗ
ПРИЗНАКОВ ТРАВМЫ ВНУТРЕННИХ
ОРГАНОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ЦЕЛЕСООБРАЗЕН**

- а кеторолак
- б морфин
- в трамадол
- г фентанил
- д метамизол

**ПРИ СочетаннОЙ черепно-мозговОЙ и
скелетнОЙ травМЕ на догоспитальном этапе
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ**

- а противопоказано
- б допустимо только при сохраненном сознании
- в допустимо только при отсутствии артериальной гипотензии
- г обязательно перед проведением транспортной иммобилизации
- д проводится только ненаркотическими анальгетиками

**В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ
перелома диафиза бедра с ушибом
головного мозга и комой на
догоспитальном этапе ЦЕЛЕСООБРАЗЕН**

- а кеторолак
- б морфин
- в трамадол
- г фентанил
- д омнопон

**ПРИ Сочетании травмы живота и скелетнОЙ
травмы на догоспитальном этапе
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ**

- а противопоказано
- б допустимо только при проникающих ранениях брюшной полости
- в допустимо только при отсутствии артериальной гипотензии
- г обязательно перед проведением транспортной иммобилизации
- д проводится только ненаркотическими анальгетиками

**В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ
ПЕРЕЛОМА БЕДРА С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ
ЖИВОТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ЦЕЛЕСООБРАЗЕН**

- а кеторолак
- б морфин
- в трамадол
- г фентанил
- д омнопон

**ВВЕДЕНИЕ ТРАМАДОЛА ПРИ СОЧЕТАНИИ
ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ОТКРЫТЫМ
ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а может усилить внутрибрюшное кровотечение
- б не позволяет добиться адекватной анальгезии
- в провоцирует депрессию дыхания
- г всегда сопровождается угнетением сознания
- д позволяет достичь управляемого по времени обезболивания

**ВВЕДЕНИЕ КЕТОРОЛАКА ПРИ СОЧЕТАНИИ
ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ОТКРЫТЫМ
ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а позволяет добиться адекватной анальгезии
- б может усилить внутрибрюшное кровотечение
- в провоцирует депрессию дыхания
- г сопровождается угнетением сознания
- д позволяет достичь управляемого по времени обезболивания

**ИЗОЛИРОВАННОЕ ВВЕДЕНИЕ КЕТОРОЛАКА
ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО
ПРИ ПЕРЕЛОМЕ**

- а диафиза костей голени
- б бедренной кости в средней трети у пострадавшего без сознания
- в наружной лодыжки
- г костей таза в сочетании с закрытой травмой живота
- д шести ребер с обеих сторон

**Скелетная травма СОПРОВОЖДАЕТСЯ
РАЗВИТИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА**

- а всегда при наличии выраженного болевого синдрома
- б только при множественном характере переломов
- в только при сочетании переломов костей с повреждением внутренних органов

- г только при комбинированном характере поражения
- д в любом случае острой кровопотери, равной или превышающей 20% объема циркулирующей крови

**РАЦИОНАЛЬНЫМ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ
ОБЪЕМОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМОЙ, НЕ
ОСЛОЖНЕННОЙ ШОКОМ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- а максимально быстрая транспортировка в стационар без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- б проведение обезболивания и транспортировка в стационар
- в иммобилизация переломов и транспортировка в стационар
- г проведение обезболивания, иммобилизация переломов и транспортировка в стационар
- д проведение обезболивания, иммобилизация переломов, оксигенотерапия и транспортировка в стационар на фоне массивной инфузионной терапии

**РАЦИОНАЛЬНЫМ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ
ОБЪЕМОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ
ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а максимально быстрая транспортировка в стационар без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- б проведение обезболивания и транспортировка в стационар
- в проведение обезболивания, иммобилизация переломов и транспортировка в стационар
- г начало инфузионной терапии, респираторная поддержка, обезболивание, иммобилизация переломов и транспортировка в стационар на фоне продолжающейся внутривенной инфузии

- д проведение массивной инфузионной терапии на месте происшествия до возмещения объема кровопотери, респираторная поддержка, обезболивание, иммобилизация переломов и транспортировка в стационар

противошоковый костюм

- а позволяет замедлять внутрибрюшные кровотечения различного генеза за счет пережатия брюшного отдела аорты
- б обеспечивает надежную транспортную иммобилизацию при переломе лодыжек
- в одевается от краев реберных дуг до лодыжек
- г способствует стабилизации артериального давления при травматическом шоке за счет компрессии области надпочечников с увеличением выброса катехоламинов
- д не может находиться на пострадавшем более двух часов из-за компрессионного эффекта, подобного артериальному жгуту

Применение противошокового костюма НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- а открытом переломе обоих бедер
- б переломе костей таза, закрытой травме живота с признаками продолжающегося внутрибрюшного кровотечения
- в переломе грудины, вызванной ударом об руль, двухстороннем множественным переломе ребер, артериальной гипотензии
- г ножевом ранении живота в области печени, артериальной гипотензии
- д внематочной беременности с признаками геморрагического шока

ДЕКОМПРЕССИЯ противошокового костюма ПРОВОДИТСЯ

- а быстро, сразу после поступления пострадавшего в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

- б быстро, сразу после поступления пострадавшего в стационар на фоне внутривенной струйной инфузии
- в медленно, но не позже двух часов после осуществления компрессии
- г медленно, только после проведения адекватного возмещения дефицита объема циркулирующей крови
- д медленно, не ранее 12 часов после поступления пострадавшего в стационар

ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ перераспределение плазмы КРОВИ и метаболические нарушения начинают развиваться

- а в компрессионном периоде
- б в момент декомпрессии
- в через 2 часа после декомпрессии
- г через 6 часов после декомпрессии
- д через 12 часов после декомпрессии

ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ЖГУТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОБОСНОВАНО

- а всегда
- б при наличии четкой зоны нежизнеспособности тканей поврежденной конечности
- в при выраженной интоксикации
- г всегда при открытых переломах костей поврежденной конечности, даже без признаков артериального кровотечения
- д при сочетании с любыми переломами костей поврежденной конечности

ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО

- а внутривенное введение обезболивающих препаратов
- б проведение инфузионной терапии при отсутствии артериальной гипотензии
- в обеспечение транспортной иммобилизации поврежденной конечности при отсутствии переломов
- г выполнение лампасных разрезов
- д тугое бинтование поврежденной конечности эластичным бинтом

**ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО
СДАВЛЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ
ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а обязательно
- б показано только после освобождения сдавленной конечности
- в показано только при артериальной гипотензии
- г допустимо только при обеспечении контроля за скоростью диуреза
- д противопоказано

**НАЧАЛЬНАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ
СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (500 – 1000 М
ПРОВОДИТСЯ РАСТВОРОМ**

- а трисоли
- б реополиглюкина
- в 5% или 10% глюкозы
- г 0,9% натрия хлорида
- д натрия гидрокарбоната

**ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО
СДАВЛЕНИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а обязательно
- б показано только при наличии переломов костей
- в противопоказано до освобождения сдавленной конечности
- г противопоказано при выраженной интоксикации
- д допустимо только ненаркотическими анальгетиками

**ЦЕРЕБРАЛЬНОЕ ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- а разницей между систолическим артериальным давлением и внутричерепным давлением
- б разницей между пульсовым давлением и внутричерепным давлением
- в разницей между средним артериальным давлением и внутричерепным давлением
- г суммой среднего артериального давления и внутричерепного давления

д отношением систолического артериального давления к внутричерепному давлению

**СРЕДНЕЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, КАК**

а разница между систолическим и диастолическим артериальным давлением

б половина суммы систолического и диастолического артериального давления

в разница между систолическим артериальным давлением и пульсовым давлением

г сумма систолического артериального давления и трети пульсового давления

д сумма диастолического артериального давления и трети пульсового давления

**МОЗГОВОЙ КРОВОТОК КРИТИЧЕСКИ
СНИЖАЕТСЯ ПРИ СРЕДНЕМ АРТЕРИАЛЬНОМ
ДАВЛЕНИИ УЖЕ НИЖЕ**

а 120 мм рт.ст.

б 100 мм рт.ст.

в 80 мм рт.ст.

г 60 мм рт.ст.

д 40 мм рт.ст.

**ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (СПОНТАННАЯ
ИЛИ СВЯЗАННАЯ С ПРОВЕДЕНИЕМ
ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИ
СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

а гиперкапнией

б расширением мозговых сосудов

в временным уменьшением отека мозга

г увеличением мозгового кровотока

д увеличением внутричерепного давления

**ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ОБЫЧНО
СОПРОВОЖДАЕТСЯ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ**

а пульсирующего характера

б сдавливающего характера

в распирающего характера

г стреляющего характера

д жгучего характера

**На догоспитальном этапе для снижения
внутричерепного давления
ЦЕЛЕСООБРАЗНО использовать**

- а гипертонический раствор глюкозы
- б преднизолон
- в маннитол
- г лазикс
- д искусственную вентиляцию легких с положительным давлением в конце выдоха 8-15 см вод.ст.

**На догоспитальном этапе для снижения
внутричерепного давления
ЦЕЛЕСООБРАЗНО использовать**

- а кордиамин
- б гипервентиляционный режим искусственной вентиляции легких
- в дексаметазон
- г лазикс
- д эуфиллин

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА
ВКЛИНЕНИЯ СТВОЛА МОЗГА ОТНОСИТСЯ**

- а смена одышки урежением дыхания
- б миоз с сохраненной реакцией зрачков на свет
- в мидриаз с сохраненной реакцией зрачков на свет
- г кратковременная положительная динамика уровня сознания
- д стабильная тахикардия

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПРИЗНАКОВ ВКЛИНЕНИЯ
СТВОЛА МОЗГА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО**

- а срочно госпитализировать больного в реанимационное отделение ближайшего стационара без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- б незамедлительно начать комплекс сердечно-легочной реанимации с последующей госпитализацией в реанимационное отделение стационара

- в срочно госпитализировать больного в реанимационное отделение стационара на фоне проведения искусственной вентиляции легких в режиме гипервентиляции
- г внутривенно ввести лазикс и срочно госпитализировать больного в реанимационное отделение стационара на фоне проведения оксигенотерапии или искусственной вентиляции легких при остановке дыхания
- д внутривенно ввести лазикс, при нарушении дыхания дополнительно ввести кофеин и кордиамин и срочно госпитализировать больного в реанимационное отделение стационара на фоне проведения оксигенотерапии

ПРОФИЛАКТИКА ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТРЕБУЕТ

- а адекватную респираторную поддержку
- б внутривенное введение лазикса
- в внутривенное введение сульфата магния
- г внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов
- д транспортировку пациента в положении Трендленбурга

ШКАЛА ГЛАЗГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- а прогноза восстановления спонтанного кровообращения при клинической смерти
- б выраженности дыхательных расстройств при коме
- в уровня угнетения сознания
- г степени тяжести шока
- д состояния новорожденного

ПРИ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО АНАЛИЗИРУЕТСЯ

- а частота пульса
- б способность пациента к открыванию глаз
- в способность пациента к самостоятельному дыханию
- г наличие положительного симптома «бледного пятна»

д уровень гликемии

**ПРИ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО
АНАЛИЗИРУЕТСЯ**

- а систолическое артериальное давление
- б способность пациента к самостоятельному дыханию
- в способность пациента к речи
- г наличие положительного симптома «кошачьего зрачка»
- д сатурация крови

**ПРИ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО
АНАЛИЗИРУЕТСЯ**

- а наличие анизокории
- б характер двигательных реакций пациента
- в выраженность цианоза кожных покровов и слизистых оболочек
- г наличие корнеального рефлекса
- д уровень гликемии

**СПОНТАННОЕ ОТКРЫВАНИЕ ГЛАЗ ПО
ШКАЛЕ ГЛАЗГО ОЦЕНИВАЕТСЯ**

- а 1 баллом
- б 2 баллами
- в 3 баллами
- г 4 баллами
- д 5 баллами

**ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ
АКТИВНОСТЬ В ОТВЕТ НА БОЛЕВОЙ
РАЗДРАЖИТЕЛЬ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО
ОЦЕНИВАЕТСЯ**

- а 2 баллами
- б 3 баллами
- в 4 баллами
- г 5 баллами
- д 6 баллами

**2 БАЛЛАМ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО
СООТВЕТСТВУЕТ**

- а открывание глаз по команде
- б патологическое тоническое разгибание конечностей в ответ на болевой раздражитель
- в целенаправленная двигательная активность по команде
- г сохранение спутанной речи
- д частота дыхания реже 10 в минуту

**4 БАЛЛАМ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО
СООТВЕТСТВУЕТ**

- а открывание глаз по команде
- б патологическое тоническое сгибание конечностей в ответ на болевой раздражитель
- в целенаправленная двигательная активность в ответ на болевой раздражитель
- г сохранение спутанной речи
- д частота дыхания реже 10 в минуту

**ЯСНОМУ СОЗНАНИЮ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО
СООТВЕТСТВУЕТ СУММА БАЛЛОВ, РАВНАЯ**

- а 3
- б 5
- в 8
- г 11
- д 15

**СОПОРУ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО СООТВЕТСТВУЕТ
СУММА БАЛЛОВ, РАВНАЯ**

- а 5
- б 6
- в 8
- г 10
- д 13

**КОМА ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО
ДИАГНОСТИРУЕТСЯ УЖЕ ПРИ СУММЕ
БАЛЛОВ, РАВНОЙ**

- а 11
- б 10
- в 9
- г 8
- д 7

ОТКРЫВАНИЕ ГЛАЗ ПРИ СОПОРЕ

- а происходит спонтанно
- б возможно в ответ на негромкую речь
- в происходит в ответ на прикосновение
- г наблюдается только в ответ на сильный болевой раздражитель
- д не происходит даже в ответ на сильный болевой раздражитель

ОТКРЫВАНИЕ ГЛАЗ ПРИ КОМЕ

- а возможно в ответ на громкую речь
- б происходит в ответ на прикосновение
- в происходит в ответ на потряхивание
- г происходит только в ответ на сильный болевой раздражитель
- д не происходит даже в ответ на сильный болевой раздражитель

К РАССТРОЙСТВАМ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ОТНОСИТСЯ

- а анизокория
- б афазия
- в нистагм
- г центральный паралич
- д дисфония

К РАССТРОЙСТВАМ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ОТНОСИТСЯ

- а анизокория
- б центральный паралич
- в апраксия
- г головокружение
- д дисфагия

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИЗАРТРИИ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- а нарушение понимания обращенной речи
- б нарушение артикуляции
- в полное отсутствие речи
- г нарушение структуры предложения при воспроизведении речи
- д четкое замедленное произношение слов при воспроизведении речи

ОТСУТСТВИЕ ПАМЯТИ НА СОБЫТИЯ, ПРОИЗОШЕДШИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а ретроградной амнезии
- б антероградной амнезии
- в фиксационной амнезии
- г диссоциативной амнезии
- д парамнезии

К ОБЩЕМОЗГОВЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ

- а диссоциация сухожильных рефлексов
- б рвота
- в параплегия

- г анизокория
- д гемипарез

К ОЧАГОВЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ

- а угнетение сознания
- б анизокория
- в головокружение
- г гипертермия
- д головная боль

К ОЧАГОВЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ

- а угнетение сознания
- б головокружение
- в судороги
- г гемипарезы
- д головная боль

В НОРМЕ ДИАМЕТР ЗРАЧКА ПРИ ОБЫЧНОМ ОСВЕЩЕНИИ ПРИМЕРНО РАВЕН

- а 0,5 мм
- б 1-1,5 мм
- в 2-2,5 мм
- г 3-4 мм
- д 5-7 мм

АНИЗОКОРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОДНОСТОРОННИМ

- а снижением реакции зрачка на свет
- б расширением или сужением зрачка
- в снижением корнеального рефлекса
- г опущением века
- д слезотечением

ПОЯВЛЕНИЕ АНИЗОКОРИИ ОБУСЛОВЛЕНО СДАВЛЕНИЕМ

- а лицевого нерва
- б глазодвигательного нерва
- в зрительного нерва
- г отводящего нерва
- д блуждающего нерва

ОДНОСТОРОННЕЕ РЕЗКОЕ РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКА С УТРАТОЙ РЕАКЦИИ НА СВЕТ У БОЛЬНОГО БЕЗ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а состояния клинической смерти
- б интоксикации атропином

- в нарастания внутричерепной гематомы различного генеза
- г вирусного менингита
- д иридоциклита

ОДНОСТОРОННЕЕ РЕЗКОЕ РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКА С УТРАТОЙ РЕАКЦИИ НА СВЕТ У БОЛЬНОГО БЕЗ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а иридоциклита
- б остановки кровообращения
- в отравления беленой
- г вирусного менингита
- д острого дислокационного синдрома при опухоли мозга

КОРНЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а сужением зрачка при легком прикосновении к роговице глаза
- б развитием тризма при легком прикосновении к роговице глаза
- в брадикардией при нажатии на глазное яблоко
- г смыканием век при легком прикосновении к роговице глаза
- д развитием гиперемии конъюнктивы и слезотечением при легком прикосновении к роговице глаза

ОДНОСТОРОННЕЕ УГНЕТЕНИЕ КОРНЕАЛЬНОГО РЕФЛЕКСА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а поражения мозжечка
- б менингеального синдрома
- в поражения лицевого нерва
- г истерии
- д дисциркуляторной энцефалопатии

ПЛЕГИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- а снижение мышечной силы неврологического генеза
- б нарушение болевой чувствительности
- в парестезия
- г полное выпадение двигательной функции неврологического генеза
- д нарушение движения при травме сухожилия

ПАРЕЗОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- а снижение мышечной силы неврологического генеза
- б нарушение болевой чувствительности
- в парестезия
- г полное выпадение двигательной функции неврологического генеза
- д ограничение движения при травме сухожилия

ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАРЕЗА МЫШЦ СЛУЖИТ ПРОБА

- а пальце-носовая
- б пяточно-коленная
- в Барре
- г Ромберга
- д Вальсальвы

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- а сохранение произвольных движений
- б сохранение непроизвольных движений
- в усиление мышечного тонуса
- г фибриллярные подергивания мышц
- д гиперрефлексия

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- а нарушением всех видов движений
- б атония мышц
- в появлением патологических рефлексов
- г сохранение произвольных движений
- д ослабление сухожильных рефлексов

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БУЛЬБАРНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- а повышение глоточного рефлекса
- б фибриллярные подергивания мышц языка
- в сохранение глотания
- г афазия
- д способность ясно произносить отдельные слова

ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

- а повышение глоточного рефлекса
- б выявление рефлексов орального автоматизма

- в наличие фибриллярных подергиваний мышц языка
- г афазия
- д способность ясно произносить отдельные слова

**ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ
ПСЕВДОБУЛЬБАРНОГО ПАРАЛИЧА
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а повышение глоточного рефлекса
- б пароксизмы насильственного смеха и плача
- в наличие фибриллярных подергиваний мышц языка
- г афазия
- д способность ясно произносить отдельные слова

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ
МОЗЖЕЧКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а устойчивость в позе Ромберга
- б горизонтальный нистагм
- в симптомокомплекс центрального паралича
- г анизокория
- д симптомокомплекс периферического паралича

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ
МОЗЖЕЧКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а устойчивость в позе Ромберга
- б симптомокомплекс центрального паралича
- в «скандированная» речь
- г анизокория
- д симптомокомплекс периферического паралича

**В НОРМЕ ПОДОШВЕННЫЙ РЕФЛЕКС
ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а сгибанием большого пальца ноги в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу
- б разгибанием большого пальца ноги в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу

- в разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сжатие ахиллова сухожилия
- г разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на проведение пальцами руки по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу
- д разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сдавление икроножной мышцы

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС БАБИНСКОГО,
ОТРАЖАЮЩИЙ ПИРАМИДНЫЕ
НАРУШЕНИЯ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а сгибанием большого пальца ноги в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу
- б разгибанием большого пальца ноги с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу
- в разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сжатие ахиллова сухожилия
- г разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на проведение пальцами руки по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу
- д разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сдавление икроножной мышцы

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС ГОРДОНА,
ОТРАЖАЮЩИЙ ПИРАМИДНЫЕ
НАРУШЕНИЯ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а сгибанием большого пальца ноги в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу
- б разгибанием большого пальца ноги в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу
- в разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сжатие ахиллова сухожилия
- г разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на проведение пальцами руки по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу
- д разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сдавление икроножной мышцы

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС ШЕФФЕРА,
ОТРАЖАЮЩИЙ ПИРАМИДНЫЕ
НАРУШЕНИЯ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а сгибанием большого пальца ноги в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу
- б разгибанием большого пальца ноги в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу
- в разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сжатие ахиллова сухожилия

- г разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на проведение пальцами руки по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу
- д разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сдавление икроножной мышцы

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ РЕФЛЕКС
ОППЕНГЕЙМЕРА, ОТРАЖАЮЩИЙ
ПИРАМИДНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а сгибанием большого пальца ноги в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу
- б разгибанием большого пальца ноги в ответ на проведение каким-либо тупым предметом вдоль наружного края подошвы в направлении от пятки к мизинцу
- в разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сжатие ахиллова сухожилия
- г разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на проведение пальцами руки по гребню большеберцовой кости вниз к голеностопному суставу
- д разгибанием большого пальца с одновременным веерообразным расхождением остальных пальцев стопы в ответ на сдавление икроножной мышцы

**ОСТРО РАЗВИВШИЙСЯ ОДНОСТОРОННИЙ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ БАБИНСКОГО
ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ**

- а полушария головного мозга на противоположной стороне
- б полушария головного мозга на той же стороне

- в мозжечка
- г затылочной доли головного мозга на противоположной стороне
- д спинного мозга на противоположной стороне

МЕНИНГЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- а транзиторной ишемической атаки
- б субарахноидального кровоизлияния
- в гипертонического криза
- г острой гипертонической энцефалопатии
- д черепно-мозговой травмы

СИМПТОМ КЕРНИГА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а невозможностью приведения подбородка к груди при сгибании головы
- б появлением боли в пояснице и вдоль седалищного нерва при поднимании выпрямленной в коленном суставе ноги
- в невозможностью разогнуть в коленном суставе ногу, предварительно согнутую под углом 90 градусов в коленном и тазобедренном суставах
- г сгибанием ног в коленных суставах в ответ на попытку привести голову к груди
- д произвольным сгибанием ноги в колене и приведением ее к животу при попытке разогнуть другую ногу, согнутую в коленном суставе

ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СУДОРОЖНОГО ПРИПАДКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- а диазепам
- б кофеин
- в лидокаин
- г кеторолак
- д эуфиллин

К ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПРИПАДКАМ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ, ОТНОСЯТСЯ

- а абсансы
- б генерализованные атонические (акинетически) припадки
- в генерализованные тонико-клонические припадки
- г простые парциальные припадки

д сложные парциальные припадки

К БЕССУДОРОЖНЫМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПРИПАДКАМ ОТНОСЯТСЯ

а абсансы

б генерализованные атонические (акинетически припадки)

в генерализованные тонико-клонические припадки

г парциальные моторные припадки

д миоклонические припадки

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ СЧИТАЕТСЯ

а даже один генерализованный припадок, сопровождающийся тонико-клоническими судорогами и непроизвольным мочеиспусканием

б 3 и более эпилептических припадков в течение суток

в припадок, носящий генерализованный характер и продолжающийся хотя бы 10 минут

г даже один генерализованный припадок, сопровождающийся тонико-клоническими судорогами и возникновением апноэ

д серия припадков, между которыми больной не приходит в сознание, либо одиночный припадок продолжительностью более 30 минут

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОГ, ВЫЗВАННЫХ НЕЙРОГЕННЫМ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫМ СИНДРОМОМ, ПРИМЕНИМ

а эуфиллин

б атропин

в кальция глюконат

г кордиамин

д натрия гидрокарбонат

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ МИАСТЕНИЧЕСКОГО КРИЗА ОТНОСИТСЯ

а миоз

б симптомокомплекс бульбарного паралича

в тенденция к брадикардии

г глубокое частое дыхание

д гипергидроз

**МИАСТЕНИЧЕСКИЙ КРИЗ КУПИРУЕТСЯ
ВВЕДЕНИЕМ**

- а атропина
- б прозерина
- в кордиамина
- г натрия гидрокарбоната
- д кальция глюконата

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ
ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО КРИЗА, СВЯЗАННОГО С
ПЕРЕДОЗИРОВКОЙ
АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ,
ОТНОСИТСЯ**

- а резко нарастающая мышечная слабость,
включая дыхательную мускулатуру
- б мидриаз
- в тахикардия
- г парез кишечника
- д сухость кожных покровов

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛИНЕРГИЧЕСКОГО КРИЗА,
НАРЯДУ С АТРОПИНОМ, МОЖЕТ
ПОТРЕБОВАТЬСЯ**

- а прозерин
- б кордиамин
- в вспомогательная или искусственная
вентиляция легких
- г кальция глюконат
- д налоксон

**К ХАРАКТЕРНЫМ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ
СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ
ОТНОСИТСЯ**

- а выраженная очаговая симптоматика
- б высокая температура тела
- в отсутствие общемозговой симптоматики
- г менингеальный синдром
- д стойкий характер утраты сознания в 90%
случаев

**ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ
КРОВОИЗЛИЯНИИ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ**

- а редко встречается в начале заболевания
- б малоинтенсивная
- в носит пульсирующий характер, локализуясь в
височной области

- г постепенно нарастающая, давящего характера в области затылка
- д интенсивная внезапно возникающая, «как удар по голове»

**АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- а болезни Паркинсона
- б гидроцефалии
- в инсульта в стволе мозга
- г инсульта в полушарии мозга
- д болезни Альцгеймера

**АЛЬТЕРНИРУЮЩИЕ СИНДРОМЫ
ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ**

- а волнообразным характером утраты сознания
- б сочетанием очаговых и менингеальных симптомов
- в сочетанием периферического поражения черепных нервов на стороне очага с расстройствами двигательной и чувствительной функций на противоположной стороне
- г сочетанием поражения чувствительной функций на стороне очага с расстройствами двигательной функций на противоположной стороне
- д проходящими расстройствами двигательной и чувствительной функций по гемитипу попеременно с обеих сторон

**ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПИРАМИДНОГО ПУТИ
ПРИ ОСТРОМ ИНСУЛЬТЕ ХАРАКТЕРЕН
СИМПТОМ**

- а Образцова
- б Лесажа
- в Брудзинского
- г Бабинского
- д Мерфи

**КРОВОИЗЛИЯНИЕ В МОЗЖЕЧОК
ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а утратой сознания и гемипарезами
- б глазодвигательными расстройствами
- в нарушениями чувствительности
- г параплегией
- д тазовыми расстройствами

**КРОВОИЗЛИЯНИЕ В МОЗЖЕЧОК
ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а гемипарезами
- б тазовыми расстройствами
- в атаксией
- г анизокорией
- д снижением слуха

**ЕСЛИ ГОЛОВА И ГЛАЗА БОЛЬНОГО С
ИНСУЛЬТОМ НАСИЛЬСТВЕННО ПОВЕРНУТЫ
В СТОРОНУ ОТ ПАРАЛИЗОВАННЫХ
КОНЕЧНОСТЕЙ, ТО ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ
ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В**

- а полушарии головного мозга
- б стволе головного мозга
- в области моста
- г мозжечке
- д спинном мозге

**ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- а внезапной потерей сознания при резком повороте головы в сторону
- б потерей сознания при длительной работе высоко поднятыми руками
- в внезапным возникновением и полным регрессом очаговой неврологической симптоматики в течение 24 часов от начала её развития
- г внезапным возникновением и полным регрессом очаговой неврологической симптоматики в течение 3 суток от начала её развития
- д острым возникновением общемозговых симптомов с постепенным нарастанием стойкой очаговой симптоматики

**ОСТРАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- а возникновением общемозговых и очаговых неврологических симптомов при значительном повышении артериального давления
- б возникновением общемозговых симптомов при значительном повышении артериального давления
- в внезапным возникновением и полным регрессом очаговой неврологической симптоматики в течение 24 часов от начала её развития

- г внезапным возникновением и полным регрессом очаговой неврологической симптоматики в течение 3 суток от начала её развития
- д возникновением общемозговой симптоматики на фоне нормального уровня артериального давления у пациента с гипертонической болезнью в анамнезе

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ИШЕМИИ В
ВЕРХНЕМ СОСУДИСТОМ БАСЕЙНЕ
СПИННОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ**

- а синдром внутричерепной гипертензии
- б сочетание вялого пареза верхних конечностей со спастическим парезом нижних конечностей
- в ригидность мышц затылка
- г синдром паралитического ишиаса
- д недержание мочи и кала

**К ОТЛИЧИЯМ ОККЛЮЗИИ НИЖНЕГО
СЕКМЕНТА БРЮШНОЙ АОРТЫ ОТ ИШЕМИИ
В НИЖНЕМ СОСУДИСТОМ БАСЕЙНЕ
СПИННОГО МОЗГА ОТНОСИТСЯ**

- а нижняя параплегия
- б проводниковое нарушение чувствительности
- в расстройство функций тазовых органов
- г отсутствие пульсации на артериях нижних конечностей
- д синдром паралитического ишиаса

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ
МОЗГОВЫХ СОСУДОВ ИЛИ
ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ
ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а не проводится
- б должна быть направлена на быстрое снижение артериального давления до возрастных норм
- в показана при артериальном давлении выше 150/90 мм рт.ст.
- г показана только при артериальном давлении выше 170/100 мм рт.ст.
- д показана только при артериальном давлении выше 200/100 мм рт.ст.

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ
МОЗГОВЫХ СОСУДОВ ИЛИ
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО
ВВЕДЕНИЕ**

- а реополиглюкина
- б лазикса
- в гипотензивных препаратов при систолическом артериальном давлении выше 170 мм рт.ст.
- г аминокaproновой кислоты
- д пираретама

**«ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОКНО» ПРИ
ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 30-60 минут
- б 1-2 часа
- в 3-6 часов
- г 9-12 часов
- д 24 часа

**ВНУТРИВЕННАЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ
ПРОВОДИТСЯ НЕ ПОЗЖЕ ПЕРВЫХ**

- а суток
- б 18 часов
- в 12 часов
- г 6 часов
- д 3 часов

**ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ БЫСТРОЕ
СНИЖЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

- а всегда показано
- б допустимо только при ишемическом инсульте
- в допустимо только при геморрагическом инсульте
- г допустимо только у больных в коме
- д противопоказано

**ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ
ИНСУЛЬТОМ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а не проводится

- б проводится всегда до достижения возрастных норм артериального давления
- в показана всегда при артериальном давлении выше 170/100 мм рт.ст.
- г показана при артериальном давлении выше 200/100 мм рт.ст.
- д обязательна у больных в коме

ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- а нейропротекторов
- б гипотензивных препаратов при систолическом артериальном давлении выше 160 мм рт.ст.
- в диуретиков
- г глюкокортикоидных гормонов
- д пирацетама

К НЕЙРОПРОТЕКТОРАМ ОТНОСИТСЯ

- а кавинтон
- б эуфиллин
- в трентал
- г магния сульфат
- д мелоксикам

НООТРОПНЫМ ПРЕПАРАТОМ, ОБЛАДАЮЩИМ СВОЙСВАМИ ПЕРВИЧНОГО И ВТОРИЧНОГО НЕЙРОПРОТЕКТОРА ПРИ ИНСУЛЬТЕ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а глицин
- б магния сульфат
- в семакс
- г цитиколин
- д мексидол

ВАЗОАКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ, УЛУЧШАЮЩИМ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ МОЗГОВОЕ И РЕГИОНАРНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ИНСУЛЬТ, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА, ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ), ЯВЛЯЕТСЯ

- а мексидол
- б 5% раствор глюкозы
- в актовегин
- г пирацетам

д церебролизин

**ПРИ НАРАСТАЮЩЕМ ОТЕКЕ МОЗГА НА
ФОНЕ ИНСУЛЬТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ ПРИМЕНИМ**

- а фуросемид
- б дексаметазон
- в маннитол
- г пирацетам
- д кофеин

**НАРАСТАЮЩИЙ ОТЕК МОЗГА ПРИ
ИНСУЛЬТЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ТРЕБУЕТ**

- а введения салуретиков
- б введения кортикостероидных гормонов
- в придания больному положения с опущенным
головным концом
- г проведения искусственной вентиляции
легких в режиме гипервентиляции
- д введения пирацетама

**ПРИ НАРАСТАЮЩЕМ ОТЕКЕ МОЗГА НА
ФОНЕ ИНСУЛЬТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ ПОКАЗАНО**

- а придание больному положения с
приподнятым на 30 градусов головным
концом
- б проведение спинномозговой пункции
- в введение салуретиков
- г введение кортикостероидных гормонов
- д проведение искусственной вентиляции
легких с положительным давлением в конце
выдоха 15–20 см вод.ст.

**ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К
ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ
НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ В СТАЦИОНАР
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а транзиторная ишемическая атака
- б нарушение сознания до уровня комы
- в агональное состояние
- г эпилептический статус
- д сочетание острого инсульта и инфаркта
миокарда

**БОЛЬНЫХ С НЕТРАВМАТИЧЕСКИМ
СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ
НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО
ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ В**

- а неврологическое отделение
- б нейрохирургическое отделение
- в терапевтическое отделение
- г сосудистое отделение
- д отделение общей реанимации

**СИНДРОМ ПОДКЛЮЧИЧНОГО
ОБКРАДЫВАНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
ОККЛЮЗИИ ИЛИ СТЕНОЗЕ**

- а внутренней сонной артерии
- б наружной сонной артерии
- в подключичной артерии проксимальнее отхождения позвоночной артерии
- г подключичной артерии дистальнее отхождения позвоночной артерии
- д позвоночной артерии

**СТВОЛОВАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ
СИНДРОМЕ ПОДКЛЮЧИЧНОГО
ОБКРАДЫВАНИЯ ПОЯВЛЯЕТСЯ ИЛИ
УСИЛИВАЕТСЯ**

- а внезапно у больного в покое
- б при глубоком вдохе
- в при повороте головы в сторону поражения
- г при упражнениях рукой на стороне поражения
- д при кашле

**ДЛЯ ОСТРОГО ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО
РАДИКУЛИТА ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ**

- а Лесажа
- б Ласега
- в Оппенгейма
- г Бабинского
- д Россолимо

**ДЛЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА
ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ НА**

- а длительные боли в области орбиты, угла глаза, сопровождающиеся снижением остроты зрения

- б приступы нарастающей боли в области глаза, лба, верхней челюсти, сопровождающиеся слюноотечением
- в интенсивные пароксизмальные боли в глубине полости рта, корне языка и области миндалин, провоцирующиеся глотанием
- г короткие пароксизмы односторонних интенсивных стреляющих болей локализующихся инфраорбитально или в области нижней губы, провоцирующиеся прикосновением к триггерным точкам
- д приступы боли в верхней части, шеи, лице, ухе, нижней челюсти, продолжающиеся несколько часов

**СНИЖЕНИЕ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ
ПО ТИПУ «НОСОК», «ПЕРЧАТОК»
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- а поражения спинного мозга
- б поражения спинномозговых корешков
- в поражения корковых отделов головного мозга
- г полинейропатии
- д поражения ствола головного мозга

**ДЛЯ ПРОВЕРКИ ФУНКЦИИ ЛИЦЕВОГО
НЕРВА НЕОБХОДИМО**

- а попросить больного следить за движениями пальца врача в горизонтальной плоскости
- б попросить больного следить за движениями пальца врача в вертикальной плоскости
- в попросить больного улыбнуться, зажмурить глаза
- г исследовать болевую чувствительность на лице
- д попросить больного высунуть язык

**ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ
ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ СЛАБОСТЬ
МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ**

- а только нижней половины лица на стороне очага
- б только нижней половины лица на стороне, противоположной очагу
- в всей половины лица на стороне очага

- г всей половины лица на стороне, противоположной очагу
- д всей нижней половины лица

**ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ
ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВОЗНИКАЕТ СЛАБОСТЬ
МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ**

- а только нижней половины лица на стороне очага
- б только нижней половины лица на стороне, противоположной очагу
- в всей половины лица на стороне очага
- г всей половины лица на стороне, противоположной очагу
- д всей нижней половины лица

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ
ЦЕНТРАЛЬНОГО ПАРЕЗА ЛИЦЕВОГО НЕРВА
ОТНОСИТСЯ**

- а сглаженность носогубной складки, лобных складок, девиация языка
- б сглаженность носогубной складки, опущение угла рта
- в симптом «паруса» при раздувании щек, гипостезия половины лица
- г опущение угла рта, симптом Белла
- д разность глазных щелей, анизокория

**ДЕВИАЦИЯ ЯЗЫКА В СТОРОНУ ХАРАКТЕРНА
ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ**

- а языкоглоточного нерва
- б блуждающего нерва
- в подъязычного нерва
- г добавочного нерва
- д лицевого нерва

**ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ (ОСМОТР И, ПРИ
НЕОБХОДИМОСТИ, ГОСПИТАЛИЗАЦИ БЕЗ
САНКЦИИ СУДА ОБОСНОВАНО**

- а всегда, если больной находится на учете в психоневрологическом диспансере
- б только при непосредственной опасности больного для себя и окружающих
- в в любом случае при нахождении больного в состоянии алкогольного опьянения

- г в любом случае при нахождении больного в состоянии наркотического опьянения
- д в случае, если больной лишен дееспособности

**ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
СЛУЖБОЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ (ОСМОТР И, ПРИ
НЕОБХОДИМОСТИ, ГОСПИТАЛИЗАЦИ БЕЗ
САНКЦИИ СУДА ОБОСНОВАНО**

- а всегда, если больной находится на учете в психоневрологическом диспансере
- б только по требованию родственников, если больной находится на учете в психоневрологическом диспансере
- в только при непосредственной опасности больного для себя и окружающих
- г в случае общественно опасной деятельности больного, не состоящего на учете в психоневрологическом диспансере
- д в любом случае при нахождении больного в состоянии наркотического опьянения

**РЕШЕНИЕ О НЕДОБРОВОЛЬНОЙ
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ
ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ
ПРИНИМАЕТСЯ**

- а участковым терапевтом поликлиники
- б врачом линейной бригады скорой медицинской помощи, первым приехавшим на вызов
- в только врачом психиатрической бригады скорой медицинской помощи
- г родственниками больного
- д сотрудниками милиции

**ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ У
ЛИЦА ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, А
ТАКЖЕ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОМЕ
ПСИХИАТРА**

- а может участковый терапевт поликлиники
- б может врач линейной бригады скорой медицинской помощи

- в может невролог
- г может психолог
- д не уполномочен никто

**НЕДОБРОВОЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ
БОЛЬНОГО В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ
СТАЦИОНАР МОЖЕТ БЫТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНА**

- а линейной бригадой скорой медицинской помощи по требованию родственников больного
- б линейной бригадой скорой медицинской помощи, если больной опасен для себя и окружающих
- в психиатрической бригадой скорой медицинской помощи, если больной опасен для себя и окружающих
- г только сотрудниками милиции
- д только работниками социального обеспечения

**ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКОВ
ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ВРАЧ
ЛИНЕЙНОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЯЗАН**

- а незамедлительно госпитализировать пациента в психиатрический стационар
- б вызвать сотрудников милиции в любом случае
- в до приезда психиатрической бригады скорой медицинской помощи воздержаться от купирования возбуждения, даже представляющего опасность для больного и окружающих
- г оказать медицинскую помощь при наличии сопутствующей соматической патологии, проконсультироваться с отделом психиатрической помощи и вызвать сотрудников милиции при необходимости
- д вызвать психиатрическую бригаду скорой медицинской помощи и вернуться на подстанцию, оставив больного под присмотром родственников, окружающих или прибывших сотрудников милиции

**ВЫЗОВ ВРАЧОМ ЛИНЕЙНОЙ БРИГАДЫ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «НА
СЕБЯ» ВЫЕЗДНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
БРИГАДЫ ОБОСНОВАН ПРИ**

- а алкогольном психозе
- б алкогольном опьянении с агрессией к
 окружающим
- в соматическом (без психических проявлени
 варианте абстинентного синдрома

- г попытке суицида и необходимости в
 экстренной соматической помощи
- д острых аффективных (ситуационны реакциях,
 не представляющих опасности для себя и
 окружающих, у лиц, не состоящих на
 психиатрическом учете

**ВЫЗОВ ВРАЧОМ ЛИНЕЙНОЙ БРИГАДЫ
СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ «НА
СЕБЯ» ВЫЕЗДНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ
БРИГАДЫ ОБОСНОВАН ПРИ**

- а алкогольном опьянении с агрессией к
 окружающим
- б соматическом (без психических проявлени
 варианте абстинентного синдрома

- в реактивном психозе, сопровождающемся
 депрессией, агрессивными или
 суицидальными проявлениями

- г попытке суицида и необходимости в
 экстренной соматической помощи
- д острых аффективных (ситуационны реакциях,
 не представляющих опасности для себя и
 окружающих, у лиц, не состоящих на
 психиатрическом учете

**В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТРОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО
РАССТРОЙСТВА ПРИ НЕВРОЗАХ**

- а в большинстве случаев сохраняется
 критическое отношение к своему состоянию

- б часто развивается бред
- в развиваются истинные галлюцинации
- г могут развиваться псевдогаллюцинации
- д характерна разорванность мышления

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ
ПСИХОПАТИЙ ОТНОСИТСЯ**

- а временное расстройство психической деятельности
- б наличие галлюцинаций
- в появление бредоподобных фантастических идей
- г постоянно определяющаяся дисгармония эмоционально-волевой сферы

- д искаженное восприятие реально существующих предметов

**К ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСИТСЯ**

- а делирий
- б депрессивный синдром
- в параноидное расстройство личности
- г невроз навязчивых состояний
- д эпилептический припадок

**К ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСИТСЯ**

- а неврастения
- б энцефалопатический синдром
- в шизодный тип расстройства личности
- г интоксикационный делирий
- д эпилептический припадок

**К ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСИТСЯ**

- а реактивный психоз
- б астенический синдром
- в синдром оглушения
- г невроз навязчивых состояний
- д эпилептический припадок

**К ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ
РАССТРОЙСТВАМ ОТНОСИТСЯ**

- а сенестопатический синдром
- б умственная отсталость
- в шизодный тип расстройства личности
- г кататонический синдром
- д эпилептический припадок

**ДЛИТЕЛЬНАЯ, ТРУДНОРАЗРЕШИМАЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА НАИБОЛЕЕ
ЧАСТО ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ**

- а реактивного психоза
- б невроза

- в эпилепсии
- г маниакально-депрессивного психоза
- д шизофрении

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ РЕАКЦИЕЙ НА ОСТРУЮ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ ЯВЛЯЕТСЯ

- а реактивный психоз
- б маниакально-депрессивный психоз
- в истерический синдром
- г депрессивная реакция
- д суицидальная попытка

ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПСИХОМОТОРНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭФФЕКТИВЕН

- а реланиум
- б аминазин
- в пирацетам
- г атропин
- д магния сульфат

ОСТРЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ (ЭКСТРАПИРАМИДНЫ СИНДРОМ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ

- а атропина
- б галоперидола
- в диазепама
- г героина
- д циклодола

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ

- а гипотония мышц
- б психомоторное возбуждение
- в сухость кожных покровов на фоне гипертермии
- г брадикардия
- д акинезия на фоне мышечной ригидности, гипертермии и вегетативных симптомов

**ДИСКИНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОСТРЫМ
НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИМ (ЭКСТРАПИРАМИДНЫ
СИНДРОМОМ, КУПИРУЮТСЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а аминазином
- б прозеринном
- в реланиумом
- г кофеином
- д пирацетамом

**НАРАСТАНИЕ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА С
НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ОПАСНОСТЬЮ
РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕЙ ФОРМЫ
ШИЗОФРЕНИИ**

- а простой
- б циркулярной
- в фебрильной
- г параноидальной
- д гебефренической

СУДОРОЖНЫЕ ПРИПАДКИ ПРИ НЕВРОЗАХ

- а нехарактерны
- б наиболее часто наблюдаются при неврастении
- в наиболее часто наблюдаются при неврозе навязчивых состояний
- г наиболее часто наблюдаются при истерии
- д с одинаковой вероятностью встречаются при всех перечисленных формах

**К ОТЛИЧИЯМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО
ПРИПАДКА ОТ ПСИХОГЕННОГО
ПСЕВДОПРИПАДКА ОТНОСИТСЯ**

- а возможность остановить припадок внушением
- б отсутствие реакции зрачков на свет
- в наличие произвольного зажмуривания, когда больной оказывает сопротивление попыткам врача открыть глаза
- г отсутствие послеприпадочной спутанности сознания
- д отсутствие тяжёлых повреждений при падении во время припадка

**ЛОЖНЫЕ ПАРАЛИЧИ ЧАСТО
НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ**

- а неврастении
- б маниакально-депрессивном психозе
- в неврозе навязчивых состояний
- г истерии
- д эпилепсии

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРЫХ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭФФЕКТИВЕН**

- а реланиум
- б галоперидол
- в пирацетам
- г кофеин
- д магния сульфат

**ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЗА С ВЫРАЖЕННЫМИ
ВЕГЕТАТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ,
НАРЯДУ С БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ,
ПРИМЕНЯЕТСЯ**

- а галоперидол
- б амитриптилин
- в пропранолол
- г атропин
- д эуфиллин

К АЛКОГОЛЬНЫМ ПСИХОЗАМ ОТНОСИТСЯ

- а патологическое опьянение
- б корсаковский синдром
- в алкогольнo-тетурамная реакция
- г алкогольный делирий
- д алкогольный абстинентный синдром

**АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ КЛИНИЧЕСКИ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а нарушением ориентировки в собственной личности
- б галлюцинаторными переживаниями при отсутствии критики к своему состоянию с выраженными вегетативными нарушениями
- в отсутствием грубых изменений сознания
- г отсутствием выраженных аффективных расстройств (страх, тревога)
- д выраженными аффективными расстройствами при сохранении критики к своему состоянию

**КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ КЛИНИЧЕСКИ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а сочетанием амнезии на текущие события с конфабуляциями
- б симптомами орального автоматизма и пароксизмами психического возбуждения
- в спутанностью сознания, атаксией и глазодвигательными расстройствами
- г систематизированным бредом, сумеречным состоянием сознания и полинейропатией
- д эпилептическими припадками на фоне делирия

**АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ КЛИНИЧЕСКИ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а грубыми нарушениями сознания
- б галлюцинаторными переживаниями при сохранении критики к своему состоянию
- в наличием выраженных аффективных расстройств (страх, тревога)
- г нарушением ориентировки в собственной личности
- д аффективными расстройствами при сохранении критики к своему состоянию и выраженными вегетативными нарушениями

**АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ (ДЕЛИРИЙ,
ГАЛЛЮЦИНОЗ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ КУПИРУЮТСЯ**

- а аминазином
- б галоперидолом
- в диазепамом
- г кордиамином
- д 40% раствором глюкозы

**ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ В
ОБЩЕСТВЕННОМ МЕСТЕ НА ФОНЕ
АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ПАЦИЕНТЫ**

- а передаются сотрудникам милиции для транспортировки в отделение милиции до вытрезвления
- б госпитализируются в соматическое отделение стационара

- в транспортируются в приёмное отделение психиатрического стационара
- г передаются вызванной «на себя» психиатрической выездной бригаде
- д оставляются на месте под присмотром родственников или окружающих

введение раствора глюкозы больному с хроническим алкоголизмом, пребывающЕМУ в коме, может привести к

- а кетоацидотической коме
- б судорожному синдрому
- в острой энцефалопатии Гайе-Вернике
- г многократной рвоте
- д острому отёчному панкреатиту

ОСТРАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ГАЙЕ-верНИКЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ

- а атаксией, офтальмоплегией, спутанностью сознания
- б амнезией, судорожным синдромом
- в дизартрией, дисфонией, дисфагией
- г параплегией, полинейропатией
- д рефлексами орального автоматизма

ДИАГНОЗ «ОСТРАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ГАЙЕ-верНИКЕ» ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ РЕГРЕССОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ВВЕДЕНИЕ

- а рибофлавина
- б цианкобаламина
- в тиамина
- г преднизолона
- д пиридоксина

Для профилактики острой энцефалопатии Гайе-Вернике у БОЛЬНЫХ в коме ВВЕДЕНИЮ ГЛЮКОЗЫ ДОЛЖНО ПРЕДШЕСТВОВАТЬ ВВЕДЕНИЕ

- а рибофлавина
- б цианкобаламина
- в тиамина
- г пирацетама
- д пиридоксина

у больных с продромой синдрома Гайе-Вернике тиаминА должЕн ВВОДИТЬСЯ Внутривенно в дозе не менее

- а 10 мг
- б 30 мг
- в 50 мг
- г 100 мг
- д 200 мг

**В СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ РАННИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА
ПРИ ОПИАТНОЙ НАРКОМАНИИ
МАЛОВЕРОЯТНО ВЫЯВЛЕНИЕ**

- а слезотечения
- б гипергидроза
- в миоза
- г тремора
- д гиперсаливации

**В СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ОТСРОЧЕННЫХ
ПРОЯВЛЕНИЙ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА
ПРИ ОПИАТНОЙ НАРКОМАНИИ
МАЛОВЕРОЯТНО ВЫЯВЛЕНИЕ**

- а озноба
- б брадикардии
- в тошноты
- г ломоты в суставах
- д судорог конечностей

**ОСТРЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ ПРИ
ОПИАТНОЙ НАРКОМАНИИ МОЖЕТ БЫТЬ
СПРОВОЦИРОВАН ВВЕДЕНИЕМ**

- а омнопона
- б атропина
- в пирацетама
- г налоксона
- д кордиамина

**БОЛЬ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ В**

- а правой подвздошной области без иррадиации
- б правой подвздошной области с иррадиацией в паховую область справа
- в правой подвздошной области с иррадиацией в правое яичко
- г эпигастрии с последующим перемещением в правую подвздошную область

- д правом подреберье с последующим перемещением в правую подвздошную область

ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ БОЛЬ

- а не иррадирует
- б иррадирует в правую надключичную область
- в иррадирует в правое подреберье
- г иррадирует в межлопаточную область
- д иррадирует в правую паховую область

ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

- а боль иррадирует в эпигастральную область
- б боль иррадирует под правую лопатку
- в боль иррадирует в поясничную область
- г боль иррадирует в мошонку
- д иррадиация боли не характерна

ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

- а Мейо-Робсона
- б Курвуазье
- в Мюсси
- г Бартомье–Михельсона
- д Боткина

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ СИТКОВСКОГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а усилением болезненности при пальпации слепой кишки в положении больного лежа на левом боку
- б напряжением мышц живота в правой подвздошной области
- в усилением болезненности при пальпации правой подвздошной области, если заставить больного поднять выпрямленную в коленном суставе правую ногу
- г возникновением или усилением боли в правой подвздошной области при положении больного лежа на левом боку
- д возникновением боли в правой подвздошной области при толчкообразных надавливаниях в левой подвздошной области

**АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а напряжением мышц живота и положительным симптомом раздражения брюшины в правой подвздошной области
- б пальпаторно определяемым в правой подвздошной области малоболезненным мягким образованием без четких границ
- в пальпаторно определяемым в правой подвздошной области безболезненным плотным образованием
- г возникновением постоянно нарастающей боли в правой подвздошной области
- д появлением резкой, схваткообразной боли в правой подвздошной области

**ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ
АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а холод на живот, наркотические или ненаркотические анальгетики, госпитализация в хирургическое отделение стационара
- б холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургическое отделение стационара
- в госпитализация в хирургическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- г ненаркотические анальгетики, повторный осмотр через 2 часа
- д спазмолитики, повторный осмотр через 2 часа

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ СИМПТОМАХ ОСТРОГО
АППЕНДИЦИТА И НАЛИЧИИ РУБЦА ОТ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В
ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а госпитализации в хирургическое отделение стационара в срочном порядке без дополнительных лечебных мероприятий

- б госпитализации в хирургическое отделение стационара только после динамического наблюдения при наличии показаний
- в промывании желудка, повторном осмотре через 2 часа
- г обезболивании, "активе" в поликлинику
- д рекомендации обратиться к хирургу в поликлинику по месту жительства

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- а подростков
- б мужчин 30-40 лет
- в женщин 20-40 лет
- г мужчин пожилого возраста
- д женщин пожилого возраста

ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ

- а боль в животе опоясывающего характера, тошнота, рвота желудочным содержимым
- б схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота желудочным содержимым
- в умеренно выраженная боль в верхних отделах живота, рвота «кофейной гущей», язвенный анамнез
- г внезапно возникшая сильная боль в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки, язвенный анамнез
- д резкая боль в животе с иррадиацией в поясничную область, слабость, тошнота, головокружение

ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ТУПОСТИ ПРИ ПЕРКУССИИ НА ФОНЕ СИЛЬНОЙ БОЛИ В ЖИВОТЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а травмы печени
- б перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки
- в острого аппендицита
- г острого калькулезного холецистита
- д острого панкреатита

ДЛЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

- а Воскресенского
- б Образцова
- в Кохера
- г Щеткина-Блюмберга
- д Мейо-Робсона

ПРИ ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ БОЛЬ ПОСЛЕ ТИПИЧНОГО НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- а усиливается и локализуется в эпигастральной области
- б ослабевает и локализуется в эпигастральной области
- в усиливается и локализуется в правой подвздошной области
- г ослабевает и локализуется в правой подвздошной области
- д ослабевает и локализуется в поясничной области

ПРИ ПРИКРЫТОЙ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ БОЛЬ ПОСЛЕ ТИПИЧНОГО НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- а ослабевает и локализуется в области левого подреберья
- б ослабевает и локализуется в области правого подреберья
- в ослабевает и локализуется в правой подвздошной области
- г ослабевает и принимает опоясывающий
- д ослабевает и локализуется в эпигастральной области

ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- а противопоказано
- б обязательно перед госпитализацией в хирургическое отделение стационара

- в возможно только при систолическом артериальном давлении не выше 140 мм рт.ст.
- г возможно только после обезболивания и введения спазмолитиков
- д проводится холодной проточной водой

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- а подростков
- б мужчин 30-40 лет
- в женщин 30-40 лет
- г мужчин пожилого возраста
- д женщин пожилого возраста

ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ

- а боль в эпигастральной области с последующим перемещением в правую подвздошную область, тошнота, однократная рвота
- б боль в верхних отделах живота опоясывающего характера, тошнота, рвота желудочным содержимым
- в боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, правую половину шеи, тошнота, рвота, повышение температуры, пальпаторно определяемый увеличенный болезненный желчный пузырь
- г боль в правой половине живота и поясничной области справа, болезненность при поколачивании в правой поясничной области
- д боль в правом подреберье с иррадиацией в поясничную область, рвота, частый жидкий стул

ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

- а Мейо-Робсона
- б Крымова
- в Мюсси
- г Ситковского
- д Воскресенского

ДЛЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

- а Мейо-Робсона
- б Ровзинга
- в Образцова
- г Ортнера
- д Воскресенского

**ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ БОТКИНА
МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ**

- а острым панкреатите
- б острой кишечной непроходимости
- в острым холецистите
- г мезентериальном тромбозе
- д острым аппендиците

**СИМПТОМ БОТКИНА ПРИ ОСТРОМ
ХОЛЕЦИСТИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
ИРРАДИАЦИЕЙ БОЛИ В**

- а правую половину шеи
- б область сердца
- в правую подвздошную область
- г правую поясничную область
- д левую подвздошную область

**ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ
ХОЛЕЦИСТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а госпитализация в хирургическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- б холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургическое отделение стационара
- в холод на живот, спазмолитики, госпитализация в терапевтическое отделение стационара
- г наркотические или ненаркотические анальгетики, госпитализация в хирургическое отделение стационара
- д ненаркотические анальгетики, рекомендация обратиться к хирургу в поликлинику по месту жительства

**ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ
ХОЛЕЦИСТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а спазмолитики, антибиотики, рекомендация обратиться к хирургу в поликлинику по месту жительства

- б спазмолитики, антибиотики, «актив» в поликлинику
- в спазмолитики, повторный осмотр через 2 часа
- г спазмолитики, антибиотики, госпитализация в хирургическое отделение стационара

- д холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургическое отделение стационара

ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

- а Мейо-Робсона
- б Образцова
- в Мюсси
- г Ситковского
- д Ортнера

ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

- а Боткина
- б Ровзинга
- в Образцова
- г Керте
- д Кохера

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВОСКРЕСЕНСКОГО МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- а острым панкреатите
- б острой кишечной непроходимости
- в острым холецистите
- г мезентериальном тромбозе
- д острым аппендиците

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МОНДОРА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а болезненностью при пальпации в правом подреберье
- б появлением фиолетовых пятен на коже лица и туловища
- в ассиметрией живота
- г болью в поясничной области
- д «коронарным» зубцом Т на электрокардиограмме

**ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ МОНДОРА
ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТРАЖАЕТ**

- а сопутствующий острый калькулезный холецистит
- б выраженное обезвоживание
- в деструктивный характер заболевания с присоединением кардиоваскулярных нарушений
- г динамическую кишечную непроходимость
- д вовлечение диафрагмы в воспалительный процесс с развитием острой дыхательной недостаточности

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ
ПАНКРЕАТИТ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ,
В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО
ПРОВЕДЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО
ДИАГНОЗА С**

- а острой кишечной непроходимостью
- б перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки
- в острым аппендицитом
- г инфарктом миокарда
- д мезентериальным тромбозом

**ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ
ПАНКРЕАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а исключение приема пищи и жидкости, спазмолитики, «актив» в поликлинику
- б госпитализация в хирургическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- в наркотические или ненаркотические анальгетики, спазмолитики, госпитализация в хирургическое отделение стационара
- г холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургическое отделение стационара
- д холод на живот, спазмолитики, введение назогастрального зонда, госпитализация в хирургическое отделение стационара на фоне инфузионной терапии кристаллоидными растворами

ДЛЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ХАРАКТЕРНЫ

- а наличие грыжевого выпячивания, боль, положительный кашлевой толчок
- б неврвпимое грыжевое выпячивание, боль, отсутствие кашлевого толчка
- в неврвпимое грыжевое выпячивание, отсутствие боли
- г врвпимое грыжевое выпячивание, появляющееся при кашле или натуживании с развитием боли
- д безболезненное врвпимое грыжевое выпячивание, появляющееся при кашле или натуживании

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а срочной госпитализации в хирургическое отделение стационара без введения спазмолитиков и попыток вправить грыжу
- б введении спазмолитиков и срочной госпитализации в хирургическое отделение стационара
- в госпитализации в хирургическое отделение стационара только при неудавшейся попытке вправить грыжу после введения спазмолитиков
- г госпитализации в хирургическое отделение стационара только при нарастании боли через 2 часа динамического наблюдения
- д введении ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков, «активе» в поликлинику

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНОМ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а незамедлительной госпитализации в хирургическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- б незамедлительной госпитализации в хирургическое отделение стационара с введением ненаркотических анальгетиков при наличии боли

- в незамедлительной госпитализации в хирургическое отделение стационара с введением спазмолитиков при наличии боли
- г повторном осмотре через 3 часа при отсутствии боли и напряжения мышц передней брюшной стенки
- д рекомендации обратиться к хирургу поликлиники по месту жительства для решения вопроса о плановом оперативном лечении грыжи

**Выраженная боль в животе
схваткообразного характера,
НЕОДНОКРАТНАЯ рвота съеденной пищей,
усиленная перистальтика кишечника,
задержка стула и газов характерны для**

- а острой кишечной непроходимости
- б перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки
- в острого холецистита
- г острого панкреатита
- д острого гепатита

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ КИШЕЧНУЮ
НЕПРОХОДИМОСТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ,
НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ**

- а острый холецистит
- б острый панкреатит
- в ущемленную грыжу
- г мезентериальный тромбоз
- д острый аппендицит

**ДЛЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРЕН
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ**

- а «шума плеска»
- б Образцова
- в Мюсси
- г Боткина
- д Керте

**ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВАЛЯ
ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- а острого панкреатита
- б острой кишечной непроходимости
- в острого холецистита
- г перфоративной язвы желудка

д острого аппендицита

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

а госпитализации в хирургическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий

б введении назогастрального зонда и госпитализации в хирургическое отделение стационара на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидными растворами

в госпитализации в хирургическое отделение стационара только при отсутствии эффекта от очистительной клизмы

г введении противорвотных и слабительных препаратов, госпитализации в хирургическое отделение стационара на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидными растворами

д введении противорвотных и слабительных препаратов, повторном осмотре через 2 часа

**К РАЗВИТИЮ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА
НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ**

а острый аппендицит

б острый холецистит

в острый панкреатит

г перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки

д ущемленная грыжа

**ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ
МАЛОВЕРОЯТНО**

а наличие нелокализованной боли в животе

б выявление положительного симптома Щеткина-Блюмберга

в усиление перистальтики кишечника

г нарастание интоксикации

д развитие признаков дегидратации

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ
РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ С ВЫРАЖЕННЫМ
ИНТОКСИКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а госпитализации в хирургическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- б введении антибиотиков и противорвотных препаратов и госпитализации в хирургическое отделение стационара
- в введении наркотических или ненаркотических анальгетиков и госпитализации в хирургическое отделение стационара на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидными растворами
- г помещении холода на живот и госпитализации в хирургическое отделение стационара на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидными растворами
- д обязательном промывании желудка и госпитализации в хирургическое отделение стационара на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидными растворами

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС

- а редко сопровождается болевым синдромом
- б наиболее часто проявляется как напряженный клапанный пневмоторакс
- в проявляется жестким дыханием при аускультации на стороне поражения
- г перкуторно характеризуется тимпаническим звуком на стороне поражения
- д является противопоказанием для проведения оксигенотерапии

**ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ
ТРАНСПОРТИРОВКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В
ПОЛОЖЕНИИ**

- а лежа на животе
- б лежа на спине
- в сидя или полусидя
- г лежа на здоровом боку
- д лежа на боку на стороне поражения

НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а перенесенная травма
- б атеросклероз
- в гипертоническая болезнь
- г острый инфаркт миокарда
- д болезнь Шенлейн-Геноха

ЛОКАЛИЗАЦИЯ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ В ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В

- а 100% случаев
- б 75% случаев
- в 50% случаев
- г 25% случаев
- д 5% случаев

ФАКТОРОМ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРОВОЦИРУЮЩИМ РАССЛОЕНИЕ ИЛИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а приступ Морганьи–Эдамса-Стокса
- б аритмогенный шок
- в эпизод выраженной артериальной гипертензии
- г острый инфаркт миокарда, сопровождающийся истинным кардиогенным шоком
- д болезнь Марфана

ХАРАКТЕРНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты ЯВЛЯЕТСЯ

- а постепенное нарастание боли
- б малая интенсивность боли
- в сжимающий или сдавливающий характер боли
- г иррадиация боли в область лопаток
- д резкое снижение артериального давления без набухания шейных вен

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ расслаивающей аневризмы БРЮШНОГО отдела аорты ЯВЛЯЕТСЯ

- а иррадиация боли в поясничную область
- б пальпаторно определяемое плотное малоподвижное образование в мезогастральной области

- в наличие дизурических явлений
- г гиперемия кожных покровов нижних конечностей
- д резкое снижение артериального давления

**БЫСТРОЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ
СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДО 100 ММ РТ
ПОКАЗАНО НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРИ**

- а остром нарушении мозгового кровообращения
- б отеке легких
- в желудочно-кишечном кровотечении
- г расслаивающей аневризме аорты
- д гипертоническом кризе

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ
РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЕ АОРТЫ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а незамедлительной госпитализации в операционный блок ближайшего стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- б введении наркотических или ненаркотических анальгетиков, начале массивной инфузионной терапии и госпитализации в операционный блок ближайшего стационара
- в введении наркотических или ненаркотических анальгетиков, начале массивной инфузионной терапии и госпитализации в ближайший кардиологический блок интенсивной терапии
- г фармакологическом снижении артериального давления и госпитализации в реанимационное отделение стационара, желательного имеющего в своем составе отделение ангиохирургии
- д фармакологическом снижении артериального давления и вызове «на себя» выездной реанимационной бригады для госпитализации

**ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО
ТРОМБОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ**

- а недостаточность трехстворчатого клапана
- б мерцательная аритмия
- в ишемическая болезнь сердца
- г тромбоз поверхностных вен нижних конечностей
- д тромбоз глубоких вен нижних конечностей

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА В НАЧАЛЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а отсутствие или малая интенсивность боли
- б напряжение мышц брюшной стенки при пальпации
- в отрицательный симптом Щеткина-Блюмберга
- г отсутствие стула
- д положительный симптом «шума плеска»

**ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ БЕДРЕННОЙ
АРТЕРИИ НА ПОРАЖЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ
ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- а выраженный отек
- б снижение пульсации на дистальных артериях
- в гиперестезия кожи
- г выраженный цианоз
- д повышение температуры

**ПРИ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ГЛУБОКИХ ВЕН
НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА ПОРАЖЕННОЙ
КОНЕЧНОСТИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ**

- а выраженный отек
- б сохранение пульсации на дистальных артериях
- в гиперестезия кожи
- г гиперемия кожи
- д локальное повышение температуры

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ
ТРОМБОФЛЕБИТЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНЕЙ
КОНЕЧНОСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а срочной госпитализации в терапевтическое отделение стационара

- б срочной госпитализации в ангиохирургическое отделение стационара
- в внутривенном введении гепарина и реополиглюкина, повторном осмотре через 2 часа
- г внутривенном введении гепарина и реополиглюкина, повторном осмотре через 6 часов
- д назначении антибиотиков, рекомендации обратиться к хирургу в поликлинику по месту жительства

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а невозможность пальпаторно и перкуторно определить границу мочевого пузыря
- б невозможность даже частичного опорожнения увеличенного мочевого пузыря, часто сопровождающаяся мучительными позывами к мочеиспусканию
- в болезненное, частое мочеиспускание маленькими порциями
- г затрудненное мочеиспускание с примесью крови в моче
- д отсутствие постоянного поступления мочи при катетеризации мочевого пузыря

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ 12 ЧАСОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а срочной госпитализации в урологическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- б катетеризации мочевого пузыря мягким катетером, применении металлического катетера при неудачной попытке эвакуации мочи мягким катетером с последующей госпитализацией в урологическое отделение стационара

- в катетеризации мочевого пузыря мягким катетером, выполнении надлобковой пункции мочевого пузыря при неудачной попытке эвакуации мочи мягким катетером с последующей госпитализацией в урологическое отделение стационара
- г введении наркотических или ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков с последующей госпитализацией в урологическое отделение стационара
- д катетеризации мочевого пузыря мягким катетером без последующей госпитализации при удачной попытке эвакуации мочи

**ОТСУТСТВИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО
МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПРИ АНУРИИ
СОПРОВОЖДАЕТСЯ**

- а определяемым при пальпации и перкуссии увеличенным мочевым пузырем
- б определяемым пальпаторно одно- или двухсторонним увеличением почек
- в отсутствием позывов к мочеиспусканию
- г постоянным поступлением мочи после катетеризации мочевого пузыря
- д резкой односторонней болезненностью при поколачивании в поясничной области

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЧЕЧНОЙ
КОЛИКИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а постепенное нарастание болевого синдрома
- б локализация боли в поясничной области без иррадиации
- в приступообразный характер боли
- г отсутствие болезненности при поколачивании в поясничной области
- д отсутствие позывов к мочеиспусканию

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО
ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а потрясающий озноб
- б стойкая высокая температура тела

- в резкое возникновение боли в поясничной области
- г относительно удовлетворительное общее состояние больного
- д острая задержка мочи

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БАКТЕРЕМИЧЕСКОГО ШОКА, ОСЛОЖНИВШЕГО ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а острая задержка мочи
- б стойкая гипотермия
- в артериальная гипертензия
- г выраженная интоксикация
- д гиперемия кожных покровов

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а острая задержка мочи
- б локализация боли в области промежности
- в безболезненное мочеиспускание
- г выраженная интоксикация
- д мутная моча

У МУЖЧИН боль в промежности наиболее часто возникает ПРИ

- а острым пиелонефрите
- б мочекаменной болезни
- в острым цистите
- г острым простатите
- д аденоме предстательной железы

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

- а напряжение мышц брюшной стенки в нижних отделах живота
- б локализация боли в области промежности
- в напряженное, болезненное при пальпации яичко
- г гематома мошонки
- д острая задержка мочи

К КАРАНТИННЫМ (ОСОБО ОПАСНЫМ) ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСИТСЯ

- а холера
- б дифтерия
- в столбняк
- г малярия

д ботулизм

К КАРАНТИННЫМ (ОСОБО ОПАСНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСИТСЯ

- а ВИЧ-инфекция
- б вирусный гепатит С
- в столбняк
- г лихорадка Эбола
- д дизентерия

К ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ОТНОСИТСЯ

- а сальмонеллез
- б ботулизм
- в рожа
- г вирусный гепатит С
- д болезнь Лайма

К ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С ЯВЛЕНИЯМИ НЕЙРОТОКСИКОЗА, ОТНОСИТСЯ

- а сальмонеллез
- б бруцеллез
- в рожа
- г клещевой энцефалит
- д дизентерия

К ОСТРЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСИТСЯ

- а вирусный гепатит В
- б ботулизм
- в сальмонеллез
- г бруцеллез
- д тропическая малярия

К ОСТРЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ ОТНОСИТСЯ

- а холера
- б ботулизм
- в дифтерия
- г бруцеллез
- д тропическая малярия

К ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ПРОТЕКАЮЩИМ С ЛИХОРАДКОЙ И СЫПЬЮ, ОТНОСИТСЯ

- а чума
- б орнитоз

- в столбняк
- г брюшной тиф
- д токсоплазмоз

**К ИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ,
ПРОТЕКАЮЩИМ С ПЕРВИЧНЫМ АФФЕКТОМ
И ЛИХОРАДКОЙ, ОТНОСИТСЯ**

- а тропическая малярия
- б орнитоз
- в болезнь Лайма
- г ВИЧ - инфекция
- д токсоплазмоз

ХОЛЕРА ПЕРЕДАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- а половым путем
- б воздушно-капельным путем
- в трансмиссивным путем
- г водным путем
- д путем прямого контакта

**СРОК ОБСЕРВАЦИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРИ
ХОЛЕРЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 1 день
- б 5 дней
- в 21 день
- г 1 месяц
- д 2 месяца

ДЛЯ ХОЛЕРЫ ХАРАКТЕРНЫ ИСПРАЖНЕНИЯ

- а кашицеобразные с каловым запахом
- б водянистые, мутно-белого цвета, без запаха
- в скудные, без каловых масс, с примесью слизи и прожилками крови
- г водянистые с примесью зелени и неприятным запахом
- д водянистые, пенистые, ярко-желтого цвета

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕРЫ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а резкий подъем температуры до высоких цифр
- б выраженный озноб, ломота в теле
- в сильная схваткообразная боль в животе
- г обильная рвота и водянистая диарея, не сопровождающиеся болью в животе

- д примесь значительного количества крови в испражнениях

**К НАЧАЛЬНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ
МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ХОЛЕРЕ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОТНОСИТСЯ**

- а регидратация
- б промывание желудка
- в введение антибиотиков
- г введение глюкокортикоидных гормонов
- д введение катехоламинов

**ДЛЯ ВНУТРИВЕННОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ
ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ХОЛЕРЫ,
СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПОТЕНЗИЕЙ, ПРИМЕНЯЮТСЯ БОЛЬШИЕ
ОБЪЕМЫ**

- а 0,9% раствора натрия хлорида
- б 5% раствора глюкозы
- в полиглюкина
- г полиионных кристаллоидных растворов
- д реополиглюкина

**ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ С
ОБЕЗВОЖИВАНИЕМ III-IV СТЕПЕНИ ДЛЯ
КОРРЕКЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ ПОКАЗАНО ВНУТРИВЕННОЕ
ВВЕДЕНИЕ**

- а 5% раствора глюкозы
- б преднизолона
- в полиионных кристаллоидных растворов
- г реополиглюкина
- д допамина

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КОНТАКТ С
БОЛЬНЫМ ЧУМОЙ ОБРАБОТКА
РОТОГЛОТКИ, НОСОВОЙ ПОЛОСТИ И ГЛАЗ В
РАМКАХ ЭКСТРЕННОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ МЕДРАБОТНИКА
ПРОВОДИТСЯ**

- а холодной водой
- б стрептомицином
- в калия перманганатом
- г новокаином
- д 3% раствором хлорамина

**СРОК ОБСЕРВАЦИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРИ
ЧУМЕ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 6 дней
- б 1 день

- в 21 день
- г 1 месяц
- д 45 дней

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПЕРВИЧНОГО БУБОНА ПРИ ЧУМЕ ОТНОСИТСЯ

- а наличие неизменной кожи над бубоном на протяжении всего периода заболевания
- б наличие четких контуров
- в резкая болезненность
- г подвижность
- д отсутствие перифокального отека

ДЛЯ ЧУМЫ ХАРАКТЕРНО

- а водянистая диарея
- б сыпь различного характера
- в артриты, бурситы
- г нарушение глотания
- д выраженная лихорадка, белый «меловой» язык

ТУЛЯРЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

- а центральной нервной системы
- б дистального отдела толстой кишки
- в эндотелия кровеносных сосудов
- г кожи, слизистых оболочек и лимфатических узлов
- д слизистой оболочки носоглотки

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТУЛЯРЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а желтуха
- б увеличение регионарных лимфатических узлов с формированием бубонов
- в тризм
- г охриплость голоса, афония
- д постепенное начало заболевания

ПРИ СРАВНЕНИИ БУБОНОВ ПРИ ТУЛЯРЕМИИ И БУБОННОЙ ФОРМЕ ЧУМЫ

- а по внешним признакам отличий нет
- б при туляремии бубон имеет четкие контуры
- в при туляремии бубон резко болезненный

- г при чуме кожа над бубоном не изменена на протяжении всего периода заболевания
- д при чуме бубон не нагнаивается

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КОЖНОЙ ФОРМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ОТНОСИТСЯ

- а инкубационный период от нескольких часов до 8 суток
- б выраженная гиперемия вокруг язвы
- в массивный безболезненный отек окружающих язву тканей
- г наличие гнойного отделяемого из язвы
- д отсутствие симптомов интоксикации

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КОЖНОЙ ФОРМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а выраженная болевая чувствительность кожи в месте входных ворот
- б постепенное начало
- в образование карбункула в месте входных ворот
- г гиперемия лица
- д параличи

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ЗАРАЖЕНИЯ СТОЛБНЯКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а аспирационный
- б контактный
- в парентеральный
- г фекально-оральный
- д воздушно-капельный

К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СТОЛБНЯКА ОТНОСИТСЯ

- а офтальмоплегический синдром
- б дисфагический синдром
- в тоническое напряжение мышц и частые клонические судороги
- г генерализованная лимфаденопатия
- д потеря сознания

ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО СТОЛБНЯКОМ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- а тризм и «сардоническая улыбка»
- б гипотонус скелетных мышц
- в нарушение сознания
- г увеличение печени и селезенки
- д розеолезная сыпь

ЗАРАЖЕНИЕ БОТУЛИЗМОМ ПРОИСХОДИТ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ В ПИЩУ

- а сырого молока
- б недостаточно термически обработанного мяса
- в свежих жареных грибов
- г невымытых овощей и фруктов
- д продуктов домашнего консервирования

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД БОТУЛИЗМА СОСТАВЛЯЕТ

- а от нескольких часов до 10 суток
- б 2 недели
- в 3 недели
- г 1 месяц
- д 2 месяца

ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО БОТУЛИЗМОМ ОТМЕЧАЕТСЯ

- а геморрагическая сыпь
- б офтальмоплегический синдром (птоз, мидриаз, парез аккомодации, диплопия)
- в тризм
- г повышение температуры тела до 38-40 градусов С
- д увеличение печени и селезенки

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БОТУЛИЗМА ОТНОСИТСЯ

- а озноб, выраженная потливость
- б мучительная головная боль
- в осиплость голоса, нарушение глотания, затрудненное дыхание
- г боль в суставах
- д ригидность мышц затылка

ЗАРАЖЕНИЕ БРУЦЕЛЛЕЗОМ ПРОИСХОДИТ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ В ПИЩУ

- а соленой и копченой рыбы домашнего приготовления
- б брынзы, сыра, масла домашнего приготовления
- в маринованных грибов
- г невымытых овощей и фруктов
- д квашеной капусты

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО
БРУЦЕЛЛЕЗА ОТНОСИТСЯ**

- а поперхивание, затруднение глотания
- б птоз
- в слабо выраженные признаки интоксикации на фоне высокой температуры и обильного потоотделения
- г желтуха
- д судорожный синдром

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БРУЦЕЛЛЕЗА
ОТНОСИТСЯ**

- а развитие тенезмов
- б пятнисто-папулезная сыпь
- в появление резкой боли в мышцах, тугоподвижности и боли в суставах
- г сохранение нормальных размеров печени и селезенки
- д судорожный синдром

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС
ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В
ПРАВОЙ ПОВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ**

- а дизентерии
- б холере
- в иерсиниозе
- г сальмонеллезе
- д эшерихиозе

**ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ЗАРАЖЕНИЯ
ИЕРСИНИОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а парентеральный
- б алиментарный
- в воздушно-капельный
- г водный
- д контактный

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ
ИЕРСИНИОЗА ОТНОСИТСЯ**

- а миалгия, артралгия, экзантема
- б судорожный синдром
- в генерализованная лимфаденопатия
- г гипотермия
- д везикулезная сыпь

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ
ИЕРСИНИОЗА ОТНОСИТСЯ**

- а гиперемия и отечность ладоней и стоп, экзантема

- б боль преимущественно в левой подвздошной области
- в запор
- г гипотермия
- д сохранение нормальных размеров печени

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ОРНИТОЗА ОТНОСИТСЯ

- а желтуха
- б поражение бронхолегочной системы
- в наличие пятнисто-папулезной сыпи
- г сохранение нормальных размеров печени и селезенки
- д длительный субфебрилитет

ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ДИЗЕНТЕРИИ СОСТАВЛЯЕТ

- а несколько часов
- б 2-3 дня
- в 2 недели
- г 3 недели
- д 1 месяц

ДЛЯ ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРНЫ ИСПРАЖНЕНИЯ

- а скудные, с примесью слизи и прожилками крови
- б водянистые, пенистые, ярко-желтого цвета
- в водянистые, с неприятным запахом, с примесью зелени
- г водянистые, мутно-белого цвета, без запаха
- д кашицеобразные с каловым запахом

АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- а в эпигастральной области
- б в околопупочной области
- в в повздошной области справа
- г внизу живота и левой повздошной области
- д в правом подреберьи

СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ (ШИГЕЛЛЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а схваткообразной болью в правой подвздошной области,

- б дефекацией с тенезмами
- в многократной рвотой, не приносящей облегчения
- г обильным жидким стулом без патологических примесей
- д гипотермией

**ПРИ СРАВНЕНИИ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ
ДИЗЕНТЕРИИ И САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ**

- а различий нет
- б при дизентерии преобладает симптоматика эзофагита
- в при дизентерии преобладает симптоматика гастрита
- г при дизентерии преобладает симптоматика энтерита
- д при дизентерии преобладает симптоматика колита

**ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ ФОРМА
САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ
НАЛИЧИИ**

- а гипертермии
- б многократной рвоты
- в тенезмов
- г жидкого, зловонного кала типа «болотной тины»
- д гепатоспленомегалии

**ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МАЛЯРИЮ В
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ АНАМНЕЗЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗАНИЕ НА ВЫЕЗД В
ЭНДЕМИЧНЫЙ РАЙОН В ТЕЧЕНИЕ**

- а 30 дней
- б 6 месяцев
- в 1 года
- г 3 лет
- д 5 лет

**ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ТРОПИЧЕСКОЙ
МАЛЯРИИ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 1-сутки
- б 6-16 суток
- в 3 недели
- г 1 месяц
- д 3-6 месяцев

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ МАЛЯРИИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а слюнотечение
- б сохранение нормальных размеров печени и селезенки
- в боль в животе, диарея
- г чередование приступов лихорадки и апирексии
- д многократная рвота

**ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО МАЛЯРИЕЙ
ОТМЕЧАЕТСЯ**

- а диплопия
- б бледность кожных покровов с желтушным оттенком
- в тризм
- г охриплость голоса, афония
- д птоз, мидриаз

**ЭНДЕМИЧНЫМИ ДЛЯ ЛИХОРАДОК ЛАССА,
МАРБУРГА И ЭБОЛА ЯВЛЯЮТСЯ СТРАНЫ**

- а Центральной и Западной Африки
- б Северной Америки
- в Ближнего Востока
- г Южной Америки
- д Юго-Восточной Азии

**СРОК ОБСЕРВАЦИИ ПРИ КОНТАГИОЗНЫХ
ВИРУСНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ
ЛИХОРАДКАХ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 1 день
- б 7 дней
- в 21 день
- г 1 месяц
- д 3 месяца

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЛИХОРАДОК
МАРБУРГА И ЭБОЛА ОТНОСИТСЯ**

- а боль в животе, диарея, геморрагический синдром
- б развитие гнойного менингита
- в кореподобная сыпь на лице, туловище и конечностях
- г двухволновая лихорадка
- д желтуха

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЛИХОРАДКИ
ЛАССА ОТНОСИТСЯ**

- а судорожный синдром
- б некротический фарингит
- в отсутствие геморрагического синдрома
- г ограничение движения глазных яблок
- д пустулезная сыпь

**В КАЧЕСТВЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИ
КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ
НА КОНТАГИОЗНЫЕ ВИРУСНЫЕ
ГЕМОМРАГИЧЕСКИЕ ЛИХОРАДКИ,
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ**

- а 3% раствор хлорамина
- б 70% этиловый спирт
- в тетрациклин
- г стрептомицин
- д раствор калия перманганата

**ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД БРЮШНОГО
ТИФА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ**

- а несколько часов
- б 5 дней
- в 10-14 дней
- г 22-25 дней
- д 1 месяц

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БРЮШНОГО
ТИФА ОТНОСИТСЯ**

- а острое начало заболевания
- б тахикардия
- в сыпь на лице
- г судорожный синдром
- д увеличение печени и селезенки

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БРЮШНОГО
ТИФА ОТНОСИТСЯ**

- а задержка стула, вздутие живота
- б желтуха
- в геморрагическая сыпь
- г гиперемия лица, шеи, верхних отделов туловища
- д белый «меловой» язык

**ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ РИККЕТСИЙ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а аспирационный
- б трансмиссивный

- в фекально-оральный
- г воздушно-капельный
- д контактный

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ СЫПНОГО ТИФА ОТНОСИТСЯ

- а жидкий стул со слизью и кровью
- б постепенное начало заболевания
- в лихорадка и появление пятнистой розовой сыпи
- г бледность кожных покровов
- д увеличение печени и селезенки

ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- а воздушно-капельный
- б трансмиссивный
- в через поврежденную кожу
- г фекально-оральный
- д водный

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРЕДЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- а отсутствие продромального периода
- б появление мочи темного цвета
- в боль в крупных суставах
- г увеличение печени
- д появление везикулезная сыпи

ПРЕДЖЕЛТУШНЫЙ ПЕРИОД ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а диспепсическими явлениями, общей слабостью, подъемом температуры
- б гематурией
- в артритам, бурситам
- г гепатоспленомегалией
- д пятнисто-папулезной сыпью

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- а лимфаденит
- б пятнисто-папулезная сыпь
- в сохранение нормальных размеров печени
- г желтуха и обесцвеченный кал
- д мигрирующая кольцевая эритема

**ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ
ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ**

- а печени и селезенки
- б слизистой оболочки носоглотки
- в суставов
- г кишечника
- д лимфатических узлов

**ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ВЫСЫПАНИЯ
НЕПРАВИЛЬНОЙ ЗВЕЗДЧАТОЙ ФОРМЫ С
ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА
НОГАХ И ЯГОДИЦАХ, СКЛОННЫЕ К
СЛИЯНИЮ И ОБРАЗОВАНИЮ НЕКРОЗОВ
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- а брюшного тифа
- б сепсиса
- в 3. геморрагического васкулита
- г менингококцемии
- д геморрагической лихорадки с почечным синдромом

СЫПЬ ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ

- а характеризуется этапностью высыпания (лицо, туловище, конечности)
- б носит геморрагический характер и появляется на 1-2 день болезни
- в сопровождается зудом
- г только розеолезного и розеолезно-папулезного типа
- д характеризуется высыпанием элементов правильной формы, возвышающихся над поверхностью кожи

**ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ,
СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПОТЕНЗИЕЙ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ КРОМЕ АНТИБИОТИКОВ БОЛЬНОМУ
СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ**

- а глюкокортикоидные гормоны
- б кордиамин
- в лазикс
- г мезатон
- д гепарин

**СИНДРОМ УОТЕРХАУЗА-ФРИДЕРИКСЕНА
ПРИ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- а бурным отеком головного мозга
- б развитием инфекционно-токсического шока
- в эндокардитом
- г кровоизлиянием в надпочечники
- д острой гиповолемией

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ
МЕНИНГОКОККОВОГО МЕНИНГИТА
ОТНОСИТСЯ**

- а быстрая потеря сознания
- б сильная головная боль и светобоязнь
- в геморрагическая «звездчатая» сыпь
- г гепатолиенальный синдром
- д невыраженность менингеальных симптомов

**ЭТАПНОСТЬ ВЫСЫПАНИЯ СЫПИ
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- а болезни Лайма
- б менингококкцемии
- в скарлатины
- г ветряной оспы
- д кори

ПОЛИМОРФНАЯ СЫПЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а кори
- б краснухи
- в скарлатины
- г ветряной оспы
- д иерсиниоза

ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- а геморрагическая звездчатая
- б крупнопятнистая
- в пятнисто-папулёзная
- г обильная мелкоточечная
- д везикулёзная

ДЛЯ КОРИ ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- а геморрагическая звездчатая
- б пятнистая
- в пятнисто-папулёзная со склонностью к слиянию
- г обильная мелкоточечная
- д везикулёзная

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ДИФТЕРИИ
ГОРТАНИ ОТНОСИТСЯ**

- а экспираторная одышка
- б отсутствие изменения голоса
- в гиперемия верхней половины тела
- г свободное дыхание
- д «лающий» кашель

ПРИ ДИФТЕРИИ НАЛЕТЫ НА МИНДАЛИНАХ

- а рыхлые
- б бело-серого цвета с перламутровым оттенком
- в легко снимаются
- г не выступают над поверхностью миндалин

- д растираются между шпателями

ОТЛИЧИЕМ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОЙ И ТОКСИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- а наличие «налетов» только на миндалинах
- б выраженные признаки общей интоксикации

- в афония
- г отек подкожно-жировой клетчатки шеи
- д «лающий» кашель

ОТЛИЧИЕМ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ ЗЕВА ОТ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ ЗЕВА ЯВЛЯЕТСЯ

- а распространение «налетов» за пределы миндалин
- б выраженные признаки общей интоксикации

- в боль при глотании
- г отек подкожно-жировой клетчатки шеи
- д увеличение регионарных лимфатических узлов

НАИБОЛЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПРИ ДИФТЕРИЙНОМ МИОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а синусовая тахикардия
- б депрессия сегмента ST
- в полная атриовентрикулярная блокада
- г удлинение интервала PQ
- д укорочение интервала QT

БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА ПЕРЕДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ УКУС

- а грызунов
- б домашних животных
- в москитов
- г клещей
- д мухи цеце

ХАРАКТЕРНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА (СИСТЕМНОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗ ЯВЛЯЕТСЯ

- а мигрирующая кольцевая эритема в месте входных ворот
- б очаговый миозит (миалгия)
- в поражение крупных и средних суставов
- г менингит
- д желтуха

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ОТНОСИТСЯ

- а мигрирующая кольцевая эритема
- б полиартрит
- в лихорадка в сочетании с симптомами поражения центральной нервной системы
- г диарея
- д гепатомегалия

Экспозиция – это

- а время действия яда в организме
- б длительность токсикогенной фазы
- в время от момента попадания яда в организм до первых симптомов отравления
- г время от момента попадания яда в организм до начала лечебных мероприятий
- д период резорбции яда

Резорбция ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРИОДОМ

- а токсикогенной фазы острого отравления
- б соматогенной фазы острого отравления
- в исхода отравления прижигающими веществами
- г исхода отравления наркотическими анальгетиками
- д латентного течения отравления

Элиминация ЯВЛЯЕТСЯ периодом

- а латентной стадии отравления психотропными препаратами
- б соматогенной фазы острого отравления
- в токсикогенной фазы острого отравления
- г латентной стадии отравления алкоголем

- д исхода отравления алкоголем

«Летальный синтез» экзотоксинов - это

- а образование более токсичных, чем первоначальный яд, продуктов
- б пролонгирование токсического эффекта индифферентным ксенобиотиком
- в образование токсического продукта из индифферентных ксенобиотиков
- г спонтанное продуцирование в организме токсических веществ
- д посмертное продуцирование токсинов

Таблетированный яд может находиться в складках желудка в течение

- а 1-2 часов
- б 4-6 часов
- в 12-18 часов
- г 24-48 часов
- д 4-6 суток

промываниЕ желудка ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ наиболее эффективно после приема яда

- а только первые 2 часа
- б до 12 часов
- в в течение 1 суток
- г до 3 суток
- д до 5 суток

ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ ЗОНД ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ (КРОМЕ ОТРАВЛЕНИЯ КОРРОЗИВНЫМИ ЯДАМ У ВЗРОСЛОГО ОДНОМОМЕНТНО ВВОДИТСЯ ВОДА В ОБЪЕМЕ

- а 100 мл
- б 200 мл
- в 600 мл
- г 800 мл
- д 1600 мл

**ЭФФЕКТИВНОЕ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА
ВЗРОСЛОМУ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТРЕБУЕТ ОБЩЕГО
ОБЪЁМА ВОДЫ ДО**

- а 2-5 л
- б 6-9 л
- в 10-15 л
- г 16-20 л
- д более 20 литров

**ПРОДОЛЖЕНИЕ промывания желудка С
ЦЕЛЬЮ ДОСТИЖЕНИЯ чистых промывных
вод ПОСЛЕ ПРЕВЫШЕНИЯ РАСЧЕТНОГО
СУММАРНОГО ОБЪЕМА ВВОДИМОЙ В ЗОНД
ВОДЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО**

- а детям в возрасте до 3 лет
- б детям в возрасте до 12 лет
- в при отравлении прижигающими веществами
- г при наличии крови в промывных водах
- д при отравлении бледной поганкой

**При острых отравлениях повторные
промывания желудка взрослому человеку
по показаниям проводятся НЕ РАНЕЕ ЧЕМ
ЧЕРЕЗ**

- а 2-3 часа
- б 4-6 часов
- в 7-12 часов
- г 13-18 часов
- д 19-24 часа

**ПОСЛЕ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА И
ЭКСТУБАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДА
НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

- а регистрацию электрокардиограммы
- б перкуссию передней брюшной стенки
- в сравнительную аускультацию легких
- г прямую ларингоскопию
- д оценку неврологического статуса

**К БАРБИТУРАТАМ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ
ОТНОСИТСЯ**

- а нембутал
- б трифтазин
- в фенобарбитал
- г феназепам
- д анекسات

Синдром оглушения характерен для отравления

- а кокаином
- б мелипромином
- в этиленгликолем
- г барбитуратами
- д фосфорорганическими соединениями

При отравлении барбитуратами промывание желудка ПОКАЗАНО ПРИ ЭКСПОЗИЦИИ

- а 2-4 часа
- б 6-8 часов
- в до 12 часов
- г 1 сутки
- д до 3 суток

Масляные слабительные целесообразно применять при отравлениях

- а бледной поганкой
- б чемерицей
- в барбитуратами короткого действия
- г истинными суррогатами алкоголя
- д ложными суррогатами алкоголя

АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а налоксон
- б анексат
- в атропин
- г прозерин
- д кофеин

Миоз характерен для отравлений

- а экстази
- б кокаином
- в милипромином
- г ЛСД
- д героином

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ДЕПРЕССИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА, наиболее характерна для отравления

- а фосфорорганическими соединениями
- б кислотами и щелочами
- в опиатами

- г амфетаминами
- д аспирином

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИАТАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕМСЯ КОМОЙ И ДЕПРЕССИЕЙ ДЫХАНИЯ, ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а промывание желудка через зонд
- б восстановление проходимости дыхательных путей и проведение искусственной вентиляции легких
- в внутривенное введение налоксона
- г внутривенное введение кордиамина
- д катетеризация мочевого пузыря

АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИАТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а налоксон
- б анексат
- в атропин
- г прозерин
- д кордиамин

ПЕРЕДОЗИРОВКА НАЛОКСОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ГЕРОИНОМ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- а артериальную гипотензию
- б углубление комы
- в острый абстинентный синдром
- г брадикардию
- д остановку дыхания центрального генеза

При ДЛИТЕЛЬНОЙ ГИПОКСИИ, ВЫЗВАННОЙ ОТРАВЛЕНИЕМ ОПИАТАМИ, ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ НАЛОКСОНА МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- а неукротимую рвоту
- б углубление комы
- в отек легких
- г остановку дыхания центрального генеза
- д судороги

ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ Отсутствуют показания для зондового промывания желудка В СЛУЧАЕ

- а экспозиции более 4 часов
- б признаков желудочного кровотечения

- в парэнтерального отравления опиатами
- г энтерального отравления металлической ртутью
- д глубокой комы

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ
КОКАИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а гиперемия и сухость кожных покровов
- б миоз
- в гипертермия
- г редкое дыхание
- д брадикардия

**Выраженная гипертермия характерна для
отравлений**

- а фосфорорганическими соединениями
- б четырёххлористыми углеводородами
- в истинными суррогатами алкоголя
- г ложными суррогатами алкоголя
- д амфетаминами

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭКСТЕЗИ ПОКАЗАН

- а реланиум
- б анаприлин
- в аминазин
- г налоксон
- д 5 анекстат

**В КОМПЛЕКС ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ
ОТРАВЛЕНИИ АМФЕТАМИНАМИ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО
ВКЛЮЧАТЬ**

- а внутривенное введение налоксона
- б ингаляцию кислорода
- в локальную гипотермию головного мозга
- г внутривенное введение лазикса
- д внутривенное введение анексата

**Экзотоксический шок кардиогенного типа
наиболее характерен для отравления**

- а трициклическими антидепрессантами
- б кислотами и щелочами
- в дихлорэтаном
- г этиловым спиртом
- д аспирином

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ
КЛОФЕЛИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а многократная рвота
- б возбуждение
- в брадикардия
- г артериальная гипертензия
- д гипергидроз

**При передозировке сердечных гликозидов
противопоказано ВНУТРИВЕННОЕ введение**

- а унитиола
- б лазикса
- в атропина
- г лидокаина
- д магния сульфата

**При передозировке пропранолола
ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ**

- а прозерина
- б допамина
- в реланиума
- г дигоксина
- д налоксона

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
передозировки САЛИЦИЛАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а гипергликемия
- б нарушение слуха и зрения
- в урежение дыхания
- г желтуха
- д выраженные отеки

**АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
ИЗОНИАЗИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а 100% кислород
- б пиридоксин
- в унитиол
- г кальция глюконат
- д тиамин

**Мускарино-никотино-курареподобной
эффект характерен для отравления**

- а бета-адреноблокаторами
- б фосфорорганическими соединениями
- в атропином
- г бензодиазепинами
- д ацетальдегидом

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ
ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а сухость кожных покровов и слизистых
- б мидриаз
- в сухой «лающий» кашель
- г гиперсаливация и бронхорея
- д тахикардия

**РАЗВИТИЕ ПАРАЛИЧА ДЫХАТЕЛЬНОЙ
МУСКУЛАТУРЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
ОТРАВЛЕНИЯ**

- а героином
- б дихлорэтаном
- в фосфорорганическими соединениями
- г кокаином
- д бледной поганкой

МИОЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ

- а экстази
- б кокаином
- в амитриптилином
- г ЛСД
- д тиофосом

МИДРИАЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ

- а карбофосом
- б героином
- в амитриптилином
- г мухомором
- д этиловым спиртом

МИДРИАЗ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ

- а хлорофосом
- б героином
- в мелипромином
- г мухомором
- д этиловым спиртом

**отравление ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ
СОЕДИНЕНИЯМИ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
МИОФИБРИЛЛЯЦИЯМИ НА МЫШЦАХ ГОЛЕНИ
ПРИ**

- а 1-ой стадии вне зависимости от пути поступления яда в организм
- б 1-ой стадии только при перкутанном пути поступления яда в организм

- в 2-ой стадии только при энтеральном пути поступления яда в организм
- г 2-ой стадии вне зависимости от пути поступления яда в организм
- д 3-ей стадии только при энтеральном пути поступления яда в организм

миофибрилляции НА мышцах голени ПРИ отравлении ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ РАЗВИВАЮТСЯ

- а в любой стадии при перкутанном пути поступления яда в организм
- б во 2-ой стадии только при ингаляционном пути поступления яда в организм
- в во 2-ой стадии при любом пути поступления яда в организм
- г во 2-ой стадии только при энтеральном пути поступления яда в организм
- д в 3-ей стадии только при энтеральном пути поступления яда в организм

Экзотоксический шок с развитием относительной гиповолемии ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ

- а хлором
- б аммиаком
- в тиофосом
- г каустической содой
- д дихлорэтаном

антидотом ПРИ отравлении фосфорорганическими СОЕДИНЕНИЯМИ является

- а прозерин
- б налоксон
- в атропин
- г унитиол
- д бемеград

КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ АТРОПИНА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ является

- а развитие мидриаза
- б появление фотореакции зрачков

- в учащение пульса до 70 ударов в минуту
- г восстановление ясного сознания
- д восстановление функции внешнего дыхания

**КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ
АТРОПИНА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а восстановление ясного сознания
- б купирование гиперсаливации и бронхореи
- в появление фотореакции зрачков
- г учащение пульса до 70 ударов в минуту
- д восстановление функции внешнего дыхания

**Минимальная однократная доза атропина
при 3 стадии отравления
ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ
составляет**

- а 3 мг
- б 10–15 мг
- в 20-25 мг
- г 30-35 мг
- д 40–60 мг

**Реактиваторы холинэстеразы показаны при
отравлении**

- а м-холинолитиками
- б трициклическими антидепрессантами
- в треххлористыми углеводородами
- г четырёххлористыми углеводородами
- д ФОС

**Минимальная однократная доза
дипироксима при 3 стадии отравления
ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ
составляет**

- а 15 мг
- б 75 мг
- в 150мг
- г 300 мг
- д 400 мг

После промывания желудка через зонд при отравлении ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ целесообразно вВЕСТИ

- а касторовое масло
- б водную взвесь активированного угля
- в 25% раствор магния сульфата
- г любое растительное масло
- д вазелиновое масло

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ АТРОПИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а возбуждение
- б гипергидроз
- в миоз
- г брадикардия
- д бледность кожных покровов

АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АНТИХОЛИНЭРГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а налоксон
- б прозерин
- в унитиол
- г пропранолол
- д анекسات

К ЛОЖНЫМ СУРРОГАТАМ АЛКОГОЛЯ ОТНОСИТСЯ

- а нигрозин
- б антифриз
- в настойка валерианы
- г одеколон
- д морилка дубовая

К ЛОЖНЫМ СУРРОГАТАМ АЛКОГОЛЯ ОТНОСИТСЯ

- а нигрозин
- б настойка валерианы
- в этиленгликоль
- г одеколон
- д морилка дубовая

К ИСТИННЫМ СУРРОГАТАМ АЛКОГОЛЯ ОТНОСИТСЯ

- а нигрозин
- б антифриз
- в чемеричная вода
- г этиленгликоль

д изопропиловый спирт

**К ИСТИННЫМ СУРРОГАТАМ АЛКОГОЛЯ
ОТНОСИТСЯ**

- а антифриз
- б метиловый спирт
- в лосьон
- г этиленгликоль
- д изопропиловый спирт

**ПРИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ отравления
метиловым спиртом отсутствуЕт**

- а интенсивная головная боль
- б повторная рвота
- в выраженное опьянение
- г нарушение аккомодации глаз
- д запах алкоголя изо рта

**АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а унитиол
- б налоксон
- в прозерин
- г этанол
- д метиленовый синий

**Развитие менингеальной симптоматики в
сочетании с интенсивнОЙ больЮ в животе и
олигурией может явиться следствием
отравления**

- а дихлорэтаном
- б этиловым спиртом
- в фосфорорганическими соединениями
- г этиленгликолем
- д трамадолом

**К хлорированным углеводородам
относится**

- а дихлофос
- б дихлорэтан
- в этиленгликоль
- г анилин
- д нитробензол

**ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ ДИХЛОРЭТАНОМ
ХАРАКТЕРЕН СЛЕДУЮЩИЙ
СИМПТОМОКОМПЛЕКС**

- а нарушение сознания, ожог пищеварительного тракта, артериальная гипотензия, моча вишневого цвета
- б нарушение сознания, повторная рвота, жидкий стул, иктеричность кожи и склер, артериальная гипотензия
- в нарушение сознания, миоз, бронхорея, гиперсаливация, гипергидроз, миофибрилляции
- г нарушение сознания, миоз, брадипноэ, вплоть до остановки дыхания
- д нарушение сознания, одышка, синюшно-серая окраска кожных покровов и слизистых

МИДРИАЗ, энтерит, «двугорбая кома», судороги И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГипотЕНЗИЯ характерны для отравления

- а метиловым спиртом
- б дихлорэтаном
- в суррогатами алкоголя
- г опиатами
- д атропином

Экзотоксический шок с развитием абсолютной гиповолемии характерен для отравления

- а дихлорэтаном
- б фенотиазинами
- в бензодиазепинами
- г этиловым спиртом
- д монооксидом углерода

ХИМИЧЕСКИЙ ОЖОГ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА НЕ ХАРАКТЕРЕН ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

- а аспирином
- б фенолом и его производными
- в крепкими кислотами
- г щелочами
- д солями тяжелых металлов

Экзотоксический шок с развитием абсолютной гиповолемии характерен для отравления

- а кислотами и щелочами
- б трициклическими антидепрессантами
- в бензодиазепинами
- г фосфорорганическими соединениями
- д диоксидом углерода

Экзотоксический шок с развитием абсолютной гиповолемии характерен для отравления

- а уксусной эссенцией
- б амитриптилином
- в изоптином
- г монооксидом углерода
- д дихлофосом

ВВЕДЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЯДАМИ ПРИЖИГАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

- а противопоказано в любом случае
- б противопоказано в течение первых 2 часов после отравления
- в обязательно после введения наркотических анальгетиков и спазмолитиков
- г показано только у больных в коме
- д противопоказано при наличии крови в рвотных массах

ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КИСЛОТАМИ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а незамедлительное промывание желудка через зонд
- б внутривенное введение наркотических анальгетиков и спазмолитиков
- в внутривенная инфузия 4% раствора натрия гидрокарбоната
- г катетеризация мочевого пузыря
- д введение перорально или через зонд альмагеля

НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОДНОКРАТНОЕ ВВЕДЕНИЕ ВОДЫ ПРИ ЗОНДОВОМ ПРОМЫВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЗРОСЛОМУ С ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ПРОВОДИТСЯ В ОБЪЕМЕ

- а 100 мл
- б 300 мл
- в 600 мл
- г 800 мл
- д 1000 мл

**АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
МЫШЬЯКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а унитиол
- б метиленовый синий
- в прозерин
- г налоксон
- д пиридоксин

**«ОБРУЧЕОБРАЗНАЯ» ГОЛОВНАЯ БОЛЬ,
НАРУШЕНИЕ СОЗНАНИЯ, ОДЫШКА, РВОТА,
ВИШНЕВАЯ ОКРАСКА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И
СЛИЗИСТЫХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
ИНГАЛЯЦИОННОГО ОТРАВЛЕНИЯ**

- а хлором
- б угарным газом
- в аммиаком
- г сероводородом
- д фосфорорганическими соединениями

**В случае техногенной катастрофы на
очистных сооружениях ожидается выброс**

- а «клоачных» газов
- б метана
- в фтора
- г хлора
- д аммиака

**В случае техногенной катастрофы на
хладокомбинате ожидается выброс**

- а окиси углерода
- б метана
- в фтора
- г хлора
- д аммиака

**БОЛЬ И ЖЖЕНИЕ В ГЛАЗАХ, НОСУ,
РОТОГЛОТКЕ, СТРИДОРНОЕ ДЫХАНИЕ,
«ЛАЮЩИЙ» КАШЕЛЬ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
ИНГАЛЯЦИОННОГО ОТРАВЛЕНИЯ**

- а хлором
- б угарным газом
- в углекислым газом
- г трихлорэтиленом
- д дихлофосом

**РАЗВИТИЕ ТОКСИЧЕСКОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ
ПОСЛЕ ПЕРИОДА
ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ**

- а опиатами
- б фосфорорганическими соединениями
- в газами раздражающего или удушающего действия
- г кардиотоксическими ядами
- д хлорированными углеводородами

**ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ
токсического отека легких является**

- а нарушение центральной регуляции дыхания
- б острая левожелудочковая недостаточность
- в нарушение проницаемости альвеолокапиллярных мембран
- г острая ятрогенная гиперволемия
- д чрезмерное разрежение в дыхательных путях

**ИНГАЛЯЦИЯ КИСЛОРОДА НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ**

- а хлором
- б угарным газом
- в аммиаком
- г сероводородом
- д трихлорэтиленом

**ДЛЯ ОБРАБОТКИ ГЛАЗ ПРИ
ИНГАЛЯЦИОННОМ ОТРАВЛЕНИИ ХЛОРОМ
ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а раствор сульфацил натрия
- б дистиллированная вода
- в 2% раствор лидокаина
- г 4% раствор натрия гидрокарбоната
- д раствор гидрокортизона

**К ХАРАКТЕРНЫМ НАЧАЛЬНЫМ
ПРИЗНАКАМ ОТРАВЛЕНИЯ БЛЕДНОЙ
ПОГАНКОЙ ОТНОСИТСЯ**

- а желтуха
- б холероподобный энтерит
- в гипертермия
- г бронхорея
- д паралич дыхательной мускулатуры

Экзотоксический шок с развитием абсолютной гиповолемии характерен для отравления

- а бледной поганкой
- б психотропными препаратами
- в этанолом
- г ложными суррогатами алкоголя
- д метгемоглобинообразующими ядами

При укусе ядовитых змей на догоспитальном этапе НЕОБХОДИМО

- а наложить артериальный жгут на конечность выше места укуса
- б обеспечить транспортную иммобилизацию пораженной конечности
- в исключить использование глюкокортикоидных гормонов
- г незамедлительно выполнить первичную хирургическую обработку раны
- д воздержаться от проведения инфузионной терапии

ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ

- а не меняется в обоих глазах
- б резко повышается в обоих глазах
- в всегда резко повышается на стороне поражения
- г резко повышается на стороне поражения только в молодом возрасте
- д всегда понижается на стороне поражения

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а резкое сужение зрачка на стороне поражения
- б снижение чувствительности роговицы на стороне поражения
- в пальпаторно определяемое мягкое глазное яблоко на стороне поражения
- г светобоязнь
- д интенсивная боль в глазу без иррадиации

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а пальпаторно определяемое твердое глазное яблоко на стороне поражения
- б сужение зрачка на стороне поражения
- в чувство двоения в глазах
- г сохранение реакции зрачка пораженного глаза на свет
- д сохранение остроты зрения

ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а отсутствие изменений конъюнктивы глазного яблока на стороне поражения
- б сужение зрачка на стороне поражения
- в ощущение радужных кругов и тумана перед глазами
- г сохранение реакции зрачка пораженного глаза на свет
- д светобоязнь

ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ

- а отсутствует покраснение глаза
- б наблюдается диффузное помутнение роговицы
- в выявляется сужение зрачка
- г через веко пальпируется мягкое тестоватой консистенции глазное яблоко
- д сохраняется реакция зрачка на свет

ОДНИМ ИЗ ОТЛИЧИЙ ИРИДОЦИКЛИТА ОТ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а отсутствие боли в глазу
- б отсутствие изменений конъюнктивы глазного яблока на стороне поражения
- в расширение зрачка на стороне поражения
- г светобоязнь
- д сохранение остроты зрения

В КАЧЕСТВЕ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- а атропин
- б пилокарпин
- в новокаин
- г папаверин
- д гидрокортизон

ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НЕОБХОДИМО

- а госпитализировать больного в офтальмологическое отделение стационара в срочном порядке без дополнительных лечебных мероприятий
- б после внутривенного введения анальгетиков и мочегонных препаратов срочно госпитализировать больного в офтальмологическое отделение стационара
- в закапать в глаз раствор пилокарпина, ввести анальгетики и мочегонные препараты, срочно госпитализировать больного в офтальмологическое отделение стационара
- г закапать в глаз раствор пилокарпина, ввести анальгетики и мочегонные препараты, провести повторный осмотр через 4 часа
- д закапать в глаз раствор пилокарпина, дать рекомендации обратиться к окулисту в поликлинику по месту жительства

ОДНИМ ИЗ ОТЛИЧИЙ ОКОЛОЧЕЛЮСТНОГО АБСЦЕССА ОТ ОКОЛОЧЕЛЮСТНОЙ ФЛЕГМОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- а отсутствие ограничений открывания рта
- б отсутствие изменений цвета кожных покровов или слизистых над пораженной областью
- в отсутствие признаков интоксикации
- г разлитая, плотная, болезненная при пальпации припухлость лица на стороне поражения
- д наличие флюктуации в области воспаления

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОКОЛОЧЕЛЮСТНОЙ ФЛЕГМОНЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а срочной госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии стационара

- б парентеральном введении антибиотика и госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии стационара
- в парентеральном введении антибиотика и повторном осмотре через 2 часа
- г парентеральном введении антибиотика, рекомендации обратиться в поликлинику по месту жительства
- д рекомендации обратиться в поликлинику по месту жительства

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ВЫРАЖЕННОМ ЗАТРУДНЕНИИ ДЫХАНИЯ, РАЗВИВАЮЩЕМСЯ НА ФОНЕ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- а срочной госпитализации в реанимационное отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- б срочной госпитализации в реанимационное отделение стационара на фоне ингаляции кислорода через лицевую маску
- в попытке интубации трахеи при помощи ларингоскопа и госпитализации в реанимационное отделение стационара на фоне ингаляции кислорода
- г применении ларингеальной трубки и госпитализации в реанимационное отделение стационара на фоне ингаляции кислорода
- д выполнении коникотомии и госпитализации в реанимационное отделение стационара на фоне ингаляции кислорода

ОДНИМ ИЗ ОТЛИЧИЙ ОСТРОГО МАСТОИДИТА ОТ ОСТРОГО ОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а отсутствие внешних изменений кожи заушной области
- б боль в ухе «стреляющего» характера
- в болезненность при надавливании на козелок ушной раковины
- г болезненность при надавливании на сосцевидный отросток
- д наличие патологических выделений из наружного слухового прохода

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ
ИНОРОДНОГО ТЕЛА В НАРУЖНОМ
СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а госпитализации в оториноларингологическое отделение
- б удаление инородного тела пинцетом
- в удалении инородного тела ушной палочкой, смоченной спиртом
- г промывание слухового прохода холодной водой с помощью шприца Жане
- д промывание слухового прохода теплой водой с помощью шприца Жане

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а отсутствие общих признаков воспаления (лихорадка, общая слабость)
- б болезненность при пальпации шейных и подчелюстных лимфатических узлов без их увеличения
- в возможность беспрепятственно открывать рот
- г односторонний отек и гиперемия слизистой оболочки с развитием асимметрии зева
- д исчезновение боли в горле при глотании

**НЕОБХОДИМОСТЬ В ЭКСТРЕННОЙ
ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР
ОТСУТСТВУЕТ ПРИ**

- а остром мастоидите
- б фолликулярной ангине
- в паратонзиллярном абсцессе
- г заглочном абсцессе
- д флегмоне дна полости рта

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО
СТЕНОЗА ГОРТАНИ ЛЮБОГО ГЕНЕЗА
ЯВЛЯЕТСЯ**

- а наличие повышенной температуры тела
- б одышка стридорозного характера
- в затруднение дыхания на выдохе
- г развитие отечности лица и шеи
- д затруднение дыхания на вдохе

**ПРИ ОСТРОМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ
СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ ЛЮБОГО ГЕНЕЗА НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНО**

- а внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов
- б ингаляция кислорода
- в применение ларингеальной трубки при неэффективности медикаментозной терапии и прогрессирующем затруднении дыхания
- г попытка интубации трахеи при помощи ларингоскопа при неэффективности медикаментозной терапии и прогрессирующем затруднении дыхания
- д выполнение коникотомии при развитии асфиксии

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ
ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ
БЕЗ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ЗАТРУДНЕНИЯ
ДЫХАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а экстренной госпитализации в стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- б экстренной госпитализации в стационар на фоне проведения оксигенотерапии без попыток удаления инородного тела
- в обязательном выполнении приема Геймлиха перед транспортировкой в стационар
- г выполнении коникотомии перед транспортировкой в стационар
- д проведении оксигенотерапии и вызове «на себя» выездной реанимационной бригады для проведения госпитализации в стационар

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ
ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ
С БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ
ЗАТРУДНЕНИЕМ ДЫХАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а экстренной госпитализации в стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- б экстренной госпитализации в стационар на фоне проведения оксигенотерапии без попыток удаления инородного тела

- в обязательной попытке удаления инородного тела с помощью приема Геймлиха перед транспортировкой в стационар
- г установке воздуховода и экстренной госпитализации в стационар на фоне проведения масочной искусственной вентиляции легких
- д проведении оксигенотерапии и вызове «на себя» выездной реанимационной бригады для проведения госпитализации в стационар

**НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТОЙКОГО
НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а эпизод артериальной гипертензии
- б цирроз печени
- в менингит
- г сепсис
- д желудочно-кишечное кровотечение

**ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НОСОВОМ
КРОВОТЕЧЕНИИ ИСКЛЮЧАЕТ**

- а холод на область носа
- б местное использование 3% перекиси водорода
- в внутривенное введение натрия этамзилата
- г выполнение передней тампонады носа
- д выполнение задней тампонады носа

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ
ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПОЛОСТИ НОСА
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а срочной госпитализации без дополнительных лечебных мероприятий
- б попытке удаления инородного тела с помощью тупого крючка с госпитализацией в случае неудачи
- в попытке удаления инородного тела путем высмаркивания с госпитализацией в случае неудачи
- г попытке протолкнуть инородное тело в носоглотку с госпитализацией в случае неудачи

- д попытке удаления инородного тела путем вымывания холодной водой с помощью шприца Жане с госпитализацией в случае неудачи

**ПЕРЕД ТРАНСПОРТИРОВКОЙ БЕРЕМЕННЫХ
С ГЕСТОЗОМ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ**

- а дополнительных лечебных мероприятий не требуется
- б необходимо внутривенно ввести лазикс
- в достаточно ограничиться внутривенным введением магния сульфата
- г необходимо внутривенно ввести реланиум и магния сульфат
- д необходимо внутримышечно ввести реланиум и магния сульфат

**К ПРИЗНАКАМ ПРЕЭКЛАМПСИИ У
БЕРЕМЕННОЙ С ГЕСТОЗОМ ТЯЖЕЛОЙ
СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ**

- а увеличение массы тела на 1 кг в течение 2 недель
- б повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст.
- в головная боль в сочетании с нарушениями зрения
- г переход отеков с нижних конечностей на переднюю брюшную стенку
- д кровянистые выделения из влагалища

**К ПРИЗНАКАМ ПРЕЭКЛАМПСИИ У
БЕРЕМЕННОЙ С ГЕСТОЗОМ ТЯЖЕЛОЙ
СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ**

- а увеличение массы тела на 1 кг в течение 2 недель
- б повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст.
- в тошнота и рвота
- г появление боли в поясничной области
- д кровянистые выделения из влагалища

**К ПРИЗНАКАМ ПРЕЭКЛАМПСИИ У
БЕРЕМЕННОЙ С ГЕСТОЗОМ ТЯЖЕЛОЙ
СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ**

- а появление боли в поясничной области
- б повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст.
- в появление боли в эпигастральной области

- г переход отеков с нижних конечностей на переднюю брюшную стенку
- д кровянистые выделения из влагалища

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У
БЕРЕМЕННЫХ С ГЕСТОЗОМ ТЯЖЕЛОЙ
СТЕПЕНИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а незамедлительной транспортировке в акушерский стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- б внутривенном введении дроперидола, реланиума и магния сульфата, оксигенотерапии, госпитализации в акушерский стационар лежа на носилках
- в проведении масочного наркоза закистью азота с кислородом, внутривенном введении дроперидола, реланиума и магния сульфата, госпитализации в акушерский стационар лежа на носилках
- г вызове «на себя» акушерской бригады и наблюдении без дополнительных лечебных мероприятий
- д проведении масочного наркоза закистью азота с кислородом, внутривенном введении дроперидола, реланиума и магния сульфата, вызове «на себя» акушерской бригады

**К ПРЕДШЕСТВЕННИКАМ ПРИСТУПА
ЭКЛАМПСИИ ОТНОСИТСЯ**

- а появление мышечных фибрилляций лица и кистей рук
- б внезапное снижение артериального давления
- в нижний парапарез
- г анизокория
- д появления кровянистых выделений из влагалища

**В КОМПЛЕКС ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
ЭКЛАМПСИЧЕСКОГО СТАТУСА НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВХОДИТ**

- а внутривенное введение кордиамина
- б быстрое фармакологическое снижение артериального давления до уровня возрастной нормы
- в проведение дегидратационной терапии лазиксом

- г интубация трахеи и проведение искусственной вентиляции легких
- д внутривенное введение 40% раствора глюкозы

ВЛАГАЛИЩНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВО II ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБУСЛОВЛЕНО

- а предлежанием плаценты
- б прервавшейся внематочной беременностью
- в начавшимся абортom
- г преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты
- д дисфункциональным маточным кровотечением

К ХАРАКТЕРНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ОТНОСИТСЯ

- а появление безболезненных алых кровянистых выделений из влагалища
- б развитие судорог
- в сохранение нормальной частоты сердечных сокращений плода
- г геморрагический шок
- д резкая боль при мочеиспускании

СИНДРОМ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

- а развивается при положении беременной на животе
- б проявляется в виде гипертонического криза
- в сопровождается профузным маточным кровотечением
- г быстро купируется поворотом беременной на левый бок или при смещении матки влево
- д требует проведения массивной инфузионной терапии

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ (ПЕРИОД РАСКРЫТИЯ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а наличием регулярных схваток
- б наличием потуг
- в прорезыванием головки плода
- г рождением плода

д рождением плаценты

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ (ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ) НАЧИНАЕТСЯ

- а появлением нерегулярных схваток
- б появлением регулярных схваток
- в появлением потуг
- г рождением плода
- д рождением плаценты

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ (ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ) ЗАВЕРШАЕТСЯ

- а появлением регулярных схваток
- б появлением потуг
- в прорезыванием головки плода
- г рождением плода
- д рождением плаценты

ОТЛИЧИЕМ ПОТУГ ОТ СХВАТОК ЯВЛЯЕТСЯ

- а уменьшение интенсивности боли
- б изолированное сокращение гладкой мускулатуры матки
- в появление чувства давления на прямую кишку
- г отсутствие напряжения мышц брюшного пресса
- д обязательное излитие околоплодных вод

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У РОЖЕНИЦЫ НЕРЕГУЛЯРНЫХ СХВАТОК ВРАЧ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖЕН

- а немедленно транспортировать роженицу в ближайшее лечебное учреждение без дополнительных лечебных мероприятий
- б немедленно транспортировать роженицу в акушерский стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- в транспортировать роженицу в акушерский стационар после внутривенного введения ей окситоцина или метилэргометрина
- г вызвать «на себя» акушерскую бригаду
- д ожидать развития хорошей родовой деятельности и проводить акушерское пособие самостоятельно на месте

**ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У РОЖЕНИЦЫ ПОТУГ ВО
ВРЕМЯ ОСМОТРА ВРАЧ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖЕН**

- а немедленно транспортировать роженицу в ближайшее лечебное учреждение без дополнительных лечебных мероприятий
- б немедленно транспортировать роженицу в акушерский стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- в транспортировать роженицу в акушерский стационар после внутривенного введения ей окситоцина или метилэргометрина
- г транспортировать роженицу в акушерский стационар после внутривенного введения ей спазмолитиков
- д проводить акушерское пособие на месте

**ПРИ ПОЯВЛЕНИИ У РОЖЕНИЦЫ ПОТУГ ВО
ВРЕМЯ ТРАНСПОРТИРОВКИ В АКУШЕРСКИЙ
СТАЦИОНАР ВРАЧ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ДОЛЖЕН**

- а немедленно транспортировать роженицу в ближайшее лечебное учреждение
- б продолжить транспортировку роженицы в акушерский стационар
- в ввести роженице внутривенно магния сульфат и но-шпу, вызвать «на себя» акушерскую бригаду
- г проводить акушерское пособие в салоне санитарного транспорта, продолжающего движение в акушерский стационар
- д проводить акушерское пособие в салоне санитарного транспорта, прекратив движение в акушерский стационар

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В
РОДАХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ**

- а 100-200 мл
- б 250-500 мл
- в 600-800 мл
- г 1000 мл

д 1500 мл

**ПРИ ПОСЛЕРОДОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ,
ОБУСЛОВЛЕННОМ ГИПОТОНИЕЙ МАТКИ, НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНО**

- а проведение наружного массажа матки через переднюю брюшную стенку
- б внутривенное введение окситоцина
- в выполнение тугой тампонады полости матки

- г проведение инфузионной терапии при кровопотере менее 2 литров
- д осуществление госпитализации силами линейной бригады скорой медицинской помощи

**ПРИ РОДАХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПЕРЕЖАТИЕ И РАССЕЧЕНИЕ ПУПОВИНЫ**

- а не проводится до госпитализации в акушерский стационар
- б проводится сразу после рождения ребенка

- в показано только после рождения последа

- г противопоказано при оценке состояния новорожденного менее 3 баллов по шкале Апгар
- д должно сопровождаться обязательным проведением закисно-кислородной анальгезии родильницы

**СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО
ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ
ПРИ КОЛИЧЕСТВЕ БАЛЛОВ ПО ШКАЛЕ АПГАР
НЕ МЕНЕЕ**

- а 3
- б 5
- в 7
- г 9
- д 11

**ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ АБОРТЕ В
ХОДУ, СОПРОВОЖДАЮЩЕМСЯ ОБИЛЬНЫМ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ, ВКЛЮЧАЕТ**

- а холод на живот, рекомендацию соблюдения постельного режима, «актив» в женскую консультацию
- б холод на живот, введение сокращающих матку средств (окситоцин), повторный осмотр через 2 часа
- в госпитализацию в гинекологическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- г введение сокращающих матку средств (окситоцин), госпитализацию в гинекологическое отделение стационара
- д пальцевое удаление плодного яйца из цервикального канала, введение сокращающих матку средств (окситоцин), госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне инфузионной терапии

К ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ РАЗРЫВА ТРУБЫ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ

- а отрицательный результат теста на беременность
- б появление безболезненных обильных кровянистых выделений из половых путей
- в боль при мочеиспускании
- г прогрессирование признаков острой кровопотери
- д высокая температура тела

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАРУШЕННОЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЕТ

- а экстренную госпитализацию в гинекологическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- б экстренную госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне оксигенотерапии
- в экстренную госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне поддерживающей инфузионной терапии и оксигенотерапии

- г обезболивание, госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне поддерживающей инфузионной терапии
- д введение сокращающих матку средств (окситоцин), госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне поддерживающей инфузионной терапии

У НОВОРОЖДЕННОГО НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ

- а 9 в минуту
- б 16 в минуту
- в 26 в минуту
- г 50 в минуту
- д 72 в минуту

У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 6 МЕСЯЦЕВ НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ

- а 16 в минуту
- б 26 в минуту
- в 34 в минуту
- г 42 в минуту
- д 58 в минуту

У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 1 ГОД НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ

- а 16 в минуту
- б 24 в минуту
- в 30 в минуту
- г 36 в минуту
- д 42 в минуту

У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 4 ГОДА НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ

- а 16 в минуту
- б 24 в минуту
- в 30 в минуту
- г 36 в минуту
- д 42 в минуту

У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 12 ЛЕТ НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ

- а 10 в минуту
- б 16 в минуту

- в 24 в минуту
- г 30 в минуту
- д 36 в минуту

**У НОВОРОЖДЕННОГО НОРМАЛЬНОЙ
ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ
СОКРАЩЕНИЙ**

- а 70 в минуту
- б 96 в минуту
- в 112 в минуту
- г 138 в минуту
- д 170 в минуту

**У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 6 МЕСЯЦЕВ
НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА
СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

- а 86 в минуту
- б 110 в минуту
- в 124 в минуту
- г 136 в минуту
- д 150 в минуту

**У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 1 ГОД
НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА
СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

- а 76 в минуту
- б 96 в минуту
- в 108 в минуту
- г 120 в минуту
- д 132 в минуту

**У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 4 ГОДА
НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА
СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

- а 76 в минуту
- б 92 в минуту
- в 104 в минуту
- г 118 в минуту
- д 130 в минуту

**У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 12 ЛЕТ
НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА
СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

- а 66 в минуту
- б 80 в минуту
- в 90 в минуту
- г 110 в минуту
- д 120 в минуту

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ТОНОМЕТРОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНЖЕТКИ ВЗРОСЛОГО РАЗМЕРА

- а не влияет на правильность измерения
- б завышает реальный уровень систолического артериального давления
- в занижает реальный уровень систолического артериального давления
- г завышает реальный уровень диастолического артериального давления

- д занижает реальный уровень диастолического артериального давления

У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 1 ГОД НОРМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

- а 50/20 мм рт. ст.
- б 70/40 мм рт. ст.
- в 90/60 мм рт. ст.
- г 120/80 мм рт. ст.
- д 140/90 мм рт. ст.

У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 5 ЛЕТ НОРМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

- а 60/40 мм рт. ст.
- б 80/50 мм рт. ст.
- в 100/65 мм рт. ст.
- г 125/45 мм рт. ст.
- д 140/80 мм рт. ст.

В НОРМЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС БАБИНСКОГО

- а не наблюдается
- б характерен в возрасте до 1 года
- в характерен в возрасте до 3 лет
- г характерен в возрасте до 5 лет
- д характерен в возрасте после 70 лет

При проведении зондового промывания желудка новорождённому объём однократно введённой воды ДОЛЖЕН БЫТЬ равен

- а 10 мл
- б 20 мл
- в 40 мл
- г 50 мл

д 60 мл

При проведении зондового промывания желудка новорожденному ПОЛНЫЙ объем введенной воды ДОЛЖЕН БЫТЬ равен

а 100 мл

б 200 мл

в 300 мл

г 400 мл

д 500 мл

При проведении зондового промывания желудка РЕБЕНКУ 7 ЛЕТ объем однократно введенной воды ДОЛЖЕН БЫТЬ равен

а 100-200 мл

б 250-300 мл

в 350-400 мл

г 500-600 мл

д 800-1000 мл

При проведении зондового промывания желудка РЕБЕНКУ 7 ЛЕТ ПОЛНЫЙ объем введенной воды ДОЛЖЕН БЫТЬ равен

а 2 л

б 4 л

в 5 л

г 7 л

д 10 л

К ОСОБЕННОСТЯМ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

а наличие короткого надгортанника

б максимальное сужение гортани в области голосовой щели

в необходимость максимального переразгибания головы в шейном отделе

г использование безманжеточных эндотрахеальных трубок

д необходимость фиксации дистального конца интубационной трубки ниже бифуркации трахеи

ВНУТРЕННИЙ ДИАМЕТР ЭНДОТРАХЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ У НОВОРОЖДЕННОГО РАВЕН

- а 1-1,5 мм
- б 3-3,5 мм
- в 4-4,5 мм
- г 5-5,5 мм
- д не менее 6 мм

**У РЕБЕНКА 4 лет ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ
ОБЫЧНО ПРИМЕНИМА ЭНДОТРАХЕАЛЬНАЯ
ТРУБКА ВНУТРЕННИМ ДИАМЕТРОМ**

- а 2,5 мм
- б 3,5 мм
- в 5 мм
- г 6,5 мм
- д 7,5 мм

**ВНУТРЕННИЙ ДИАМЕТР
КОНИКОТОМИЧЕСКОЙ КАНЮЛИ У РЕБЕНКА
ВЕСОМ ДО 12 КГ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН**

- а 1 мм
- б 2 мм
- в 4 мм
- г 6 мм
- д 8 мм

**ДИАМЕТР ВНУТРЕННЕГО ПРОСВЕТА
КОНИКОТОМИЧЕСКОЙ КАНЮЛИ У РЕБЕНКА
ВЕСОМ ДО 25 КГ ДОЛЖЕН БЫТЬ РАВЕН**

- а 1 мм
- б 2 мм
- в 4 мм
- г 6 мм
- д 8 мм

**ВНУТРИКОСТНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЕТЯМ
МЛАДШЕ 12 ЛЕТ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ
ЭТАПЕ**

- а не используется
- б осуществляется в тех же точках, что и у взрослых
- в неприменим для проведения инфузионной терапии, корригирующей гиповолемию
- г не имеет специфических осложнений по сравнению с внутрикостным доступом у взрослых

- д обеспечивает потенциально большую скорость инфузии по сравнению с внутрикостным доступом у взрослых

**ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЕТЯМ ИХ
ДОЗА ПО СРАВНЕНИЮ С ВНУТРИВЕННЫМ
ВВЕДЕНИЕМ**

- а уменьшается в 3 раза
- б уменьшается в 2 раза
- в не меняется
- г увеличивается в 2 раза
- д увеличивается в 3 раза

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У
ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ
СОСТАВЛЯЕТ**

- а 0,01 мг/кг веса
- б 0,05 мг/кг веса
- в 0,1 мг/кг веса
- г 0,2 мг/кг веса
- д 0,5 мг/кг

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У
ДЕТЕЙ ПРИ ИНТРАТРАХЕАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ
СОСТАВЛЯЕТ**

- а 0,01 мг/кг веса
- б 0,02 мг/кг веса
- в 0,05 мг/кг веса
- г 0,1 мг/кг веса
- д 0,2 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АТРОПИНА У
ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ
СОСТАВЛЯЕТ**

- а 0,01 мг/кг веса
- б 0,02 мг/кг веса
- в 0,05 мг/кг веса
- г 0,1 мг/кг веса
- д 0,2 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АТРОПИНА У
ДЕТЕЙ ПРИ ИНТРАТРАХЕАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ
СОСТАВЛЯЕТ**

- а 0,01 мг/кг веса
- б 0,02 мг/кг веса
- в 0,03 мг/кг веса
- г 0,05 мг/кг веса

д 0,1 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА ЛИДОКАИНА У
ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ
СОСТАВЛЯЕТ**

а 0,1 мг/кг веса

б 0,2 мг/кг веса

в 0,5 мг/кг веса

г 1 мг/кг веса

д 2-3 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА ЛИДОКАИНА У
ДЕТЕЙ ПРИ ИНТРАТРАХЕАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ
СОСТАВЛЯЕТ**

а 0,5 мг/кг веса

б 1 мг/кг веса

в 2-3 мг/кг веса

г 5 мг/кг веса

д 8-10 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА У ДЕТЕЙ ПРИ
ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

а 1 мг/кг веса

б 2 мг/кг веса

в 5 мг/кг веса

г 10 мг/кг веса

д 20 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА ПРЕДНИЗОЛОНА
У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ
СОСТАВЛЯЕТ**

а 0,1-0,3 мг/кг веса

б 0,5-0,7 мг/кг веса

в 1-3 мг/кг веса

г 6-8 мг/кг веса

д 9-10 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА
ДЕКСАМЕТАЗОНА У ДЕТЕЙ ПРИ
ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

а 0,01-0,05 мг/кг веса

б 0,06-0,1 мг/кг веса

в 0,2-0,5 мг/кг веса

г 1,5-2 мг/кг веса

д 3-4 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА 2,4% РАСТВОРА
ЭУФИЛЛИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ
ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 0,05-0,1 мг/кг веса
- б 0,5-1 мг/кг веса
- в 2-5 мг/кг веса
- г 7-9 мг/кг веса
- д 10-12 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА 2% РАСТВОРА СУПРАСТИНА
У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 6 ЛЕТ
ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОМ ИЛИ
ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 1 мг
- б 2 мг
- в 5 мг
- г 10 мг
- д 20 мг

**РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА ДИАЗЕПАМА
(РЕЛАНИУМА) У ДЕТЕЙ ПРИ
ВНУТРИМЫШЕЧНОМ ИЛИ ВНУТРИВЕННОМ
ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 0,01 мг/кг веса
- б 0,05 мг/кг веса
- в 0,3-0,5 мг/кг веса
- г 0,8-1 мг/кг веса
- д 1-1,5 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА 1% РАСТВОРА ПРОМЕДОЛА
У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОМ ИЛИ
ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 0,01-0,02 мг/кг веса
- б 0,03-0,05 мг/кг веса
- в 0,1-0,5 мг/кг веса
- г 0,6-1 мг/кг веса
- д 1-2 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА 50% РАСТВОРА
МЕТАМИЗОЛА (АНАЛЬГИНА) У ДЕТЕЙ ПРИ
ВНУТРИМЫШЕЧНОМ ИЛИ ВНУТРИВЕННОМ
ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ**

- а 0,01-0,05 мг/кг веса

- б 0,1-0,5 мг/кг веса
- в 1-2 мг/кг веса
- г 5-10 мг/кг веса
- д 15-20 мг/кг веса

**РАЗОВАЯ ДОЗА ПАРАЦЕТАМОЛА У ДЕТЕЙ
ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ НАЗНАЧЕНИИ
СОСТАВЛЯЕТ**

- а 1 мг/кг веса
- б 5 мг/кг веса
- в 10 мг/кг веса
- г 50 мг/кг веса
- д 100 мг/кг веса

**К ОСОБЕННОСТЯМ РЕАНИМАЦИОННОГО
ПОСОБИЯ У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ**

- а первичная остановка сердца в качестве основной причины наступления клинической смерти
- б обязательное применение электрической дефибрилляции в любом случае остановки кровообращения
- в начало реанимационных мероприятий с 5 искусственных вдохов
- г ограничение суммарной дозы внутривенно вводимого адреналина 0,05 мг/кг веса
- д запрет на интратрахеальное введение любых лекарственных препаратов во время проведения сердечно-легочной реанимации

**КОМПРЕССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ
ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ
ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ**

- а 40 в минуту
- б 60 в минуту
- в 80 в минуту
- г 100 в минуту
- д 120 в минуту

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОДНИМ
РЕАНИМАТОРОМ РЕАНИМАЦИОННОГО
ПОСОБИЯ РЕБЕНКУ БЕЗ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ
СООТНОШЕНИЕ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА
СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ
СОСТАВЛЯЕТ**

- а 50 к 2
- б 30 к 2

- в 15 к 2
- г 7 к 1
- д 5 к 1

**ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУМЯ
РЕАНИМАТОРАМИ РЕАНИМАЦИОННОГО
ПОСОБИЯ РЕБЕНКУ БЕЗ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ
СООТНОШЕНИЕ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА
СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ
СОСТАВЛЯЕТ**

- а 30 к 2
- б 15 к 2
- в 10 к 1
- г 5 к 1
- д 1 к 1

**ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ
РЕБЕНКУ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а не проводится
- б всегда проводится электродами взрослого размера
- в проводится с расположением электродов как у взрослых
- г проводится с энергией разряда как у взрослых
- д допустима только в режиме синхронизации

**ПО ПОКАЗАНИЯМ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ
ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ РЕБЕНКУ ПРОВОДИТСЯ
РАЗРЯДОМ**

- а всегда 300 Дж при использовании монофазного дефибриллятора
- б всегда 200 Дж при использовании любого типа дефибрилляторов
- в 1 Дж/кг веса
- г 4 Дж/кг веса
- д 10 Дж/кг веса

**ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ГОЛОВЫ И ШЕИ
РЕБЕНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ**

- а 6%
- б 9%
- в 12%
- г 18%
- д 25%

**СУММАРНАЯ ПЛОЩАДЬ ОЖОГА
ТУЛОВИЩА РЕБЕНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ**

- а 18%
- б 276%
- в 36%
- г 54%
- д 72%

**ИЗ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ ШОКА У
ДЕТЕЙ РЕЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ**

- а анафилактический
- б ожоговый
- в инфекционно-токсический
- г травматический
- д кардиогенный

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО
СРЕДНЕГО ОТИТА У НОВОРОЖДЕННОГО
ОТНОСИТСЯ**

- а сохранение нормальной температуры тела
- б уменьшение беспокойства во время кормления
- в усиление крика и двигательного беспокойства при надавливании на козелок ушной раковины
- г положительный симптом Кернига
- д гноетечение из слухового прохода

**ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНОГО
СИНДРОМА ПРИ СПАЗМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ, В
ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПОКАЗАНО**

- а применение физических методов охлаждения
- б введение кальция глюконата
- в введение реланиума
- г введение анальгина
- д введение 20-40% раствора глюкозы

**ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 1 ГОДА НАИБОЛЕЕ
ХАРАКТЕРНОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а дизентерия
- б ротовирусная инфекция
- в сальмонеллез
- г стафилококковый энтероколит
- д кампилобактериоз

**РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО
БОЛЕЮТ В ВОЗРАСТЕ**

- а до 1 месяца
- б 6-24 месяцев
- в 3-7 лет
- г 8-16 лет
- д 50-60 лет

**ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ
РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а гипертермия с выраженными катаральными явлениями
- б появление полиморфной сыпи и сильного кожного зуда в начале заболевания без гипертермии
- в появление рвоты в сочетании с гипертермией, а затем диарея
- г гипертермия в сочетании с ангиной и шейным лимфаденитом
- д гипертермией в сочетании с диареей, сопровождающейся тенезмами

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЭКСИКОЗА I
СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ**

- а олигурия
- б адинамия
- в жажда, сухость слизистых оболочек
- г артериальная гипотензия
- д развитие судорог

**ПРИМЕНЕНИЕ ЖАРОПонижающих
ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ С ЛИХОРАДКОЙ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО**

- а всегда при гипертермии выше 38 градусов С
- б только при признаках «бледной лихорадки»
- в при гипертермии выше 38 градусов С и наличии в анамнезе судорог на фоне гипертермии
- г только при сопутствующих заболеваниях сердца
- д при сочетании с болью в эпигастральной области

**ПРИ ЛИХОРАДКЕ ВЫШЕ 39 ГРАДУСОВ С У
ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- а анальгина

- б ацетилсалициловой кислоты
- в ибупрофена
- г парацетамола
- д димедрола

**ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ
ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНЫ**

- а всегда
 - б при гипертермии выше 38 градусов С
 - в при признаках «бледной лихорадки»
 - г при сопутствующих заболеваниях сердца
-
- д при наличии в анамнезе судорог на
повышение температуры тела

**ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ЛИХОРАДКЕ
ВЫШЕ 39 ГРАДУСОВ С ОБЯЗАТЕЛЬНА**

- а всегда
- б всегда, если ребенок младше 5 лет
- в при отсутствии эффекта от жаропонижающей
терапии
- г при наличии сопутствующей соматической
патологии, только если ребенок младше 1
месяца
- д только по социальным показаниям

**У ДЕТЕЙ С «АСПИРИНОВОЙ ТРИАДОЙ» В
КАЧЕСТВЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА
ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ**

- а анальгина
- б ибупрофена
- в диклофенака
- г трамадола
- д кеторолака

СИНДРОМ РЕЯ ОБУСЛОВЛЕН ПРИЕМОМ

- а анальгина
- б ацетилсалициловой кислоты
- в ибупрофена
- г парацетамола
- д димедрола

**СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ
РАЗВИТИЕ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЫ, ОСТРОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ С ОТЕКОМ МОЗГА И
ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ
НА ФОНЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРИЕМА
АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ,
НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

- а отравления салицилатами
- б «аспириновой триады»
- в синдрома Рея
- г вирусного менингита
- д продромы вирусного гепатита А

**К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ
ПЕРЕДОЗИРОВКИ НАФТИЗИНА ИЛИ
ГАЛАЗОЛИНА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ**

- а гиперемия кожных покровов
- б гипертермия
- в брадикардия
- г возбуждение
- д сухость кожных покровов

**В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НАФТИЗИНОМ У ДЕТЕЙ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ**

- а налоксон
- б атропин
- в клофелин
- г анаприлин
- д амиодарон

**НЕПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ ПРИ
ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- а беззвучностью
- б возможностью спонтанного дыхания
- в способностью словесного ответа на вопросы
- г отсутствием цианоза
- д сохранением сознания

**ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
РЕБЕНКА ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ И НАЛИЧИИ
НЕПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а активные мероприятия по удалению инородного тела не проводятся
- б детям любого возраста противопоказано нанесение ударов по спине между лопатками
- в детям любого возраста необходимо выполнить абдоминальные толчки (прием Геймлиха)
- г детям младше 1 года противопоказано выполнение приема Геймлиха
- д необходимо, в первую очередь, выполнить коникотомию

ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭПИГЛОТТИТА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- а вынужденное положение горизонтально на спине
- б гипотермия
- в рассеянные сухие хрипы при аускультации легких
- г быстрое нарастание обструкции верхних дыхательных путей на фоне выраженной дисфонии и дисфагии
- д экспираторная одышка

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА С ЭПИГЛОТТИТОМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- а лежа на носилках с приподнятым головным концом
- б лежа на носилках с опущенным головным концом
- в лежа горизонтально на носилках
- г сидя с запрокинутой назад головой
- д сидя с наклоненной вперед головой

В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- а цианоз кожных покровов и слизистых оболочек
- б осиплость голоса
- в экспираторная одышка
- г наличие влажных крупнопузырчатых хрипов в легких при аускультации
- д «лающий» кашель

**ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ
II-III СТЕПЕНИ У РЕБЕНКА НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

- а достаточно ограничиться проведением паровых ингаляций и отвлекающей терапии (горячие ножные ванночки, обильное теплое питье)
- б показано введение глюкокортикоидных гормонов через небулайзер или внутривенно
- в показано внутривенное или внутримышечное введение кордиамина и кофеина при затруднении дыхания
- г противопоказана ингаляция кислорода
- д необходима незамедлительная интубация трахеи или коникотомия

**ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
ПРОТИВОПОКАЗАНО**

- а проведение паровых ингаляций
- б введение беродуала через небулайзер
- в введение глюкокортикоидных гормонов через небулайзер или внутривенно
- г внутривенное введение эуфиллина
- д проведение оксигенотерапии

**НЕБУЛАЙЗЕРНУЮ ТЕРАПИЮ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ БУДЕСОНИДОМ
(ПУЛЬМИКОРТОМ) МОЖНО ПРОВОДИТЬ
ДЕТЯМ С**

- а 2 месяцев
- б 6 месяцев
- в 2 лет
- г 6 лет
- д 12 лет

**ПРИ СИНДРОМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ
ОБСТРУКЦИИ ИНГАЛЯЦИЯ БЕРОДУАЛА
ДОПУСТИМА ДЕТЯМ С**

- а 3 месяцев
- б 1 года
- в 3 лет
- г 6 лет
- д 12 лет

**ПРОИСШЕСТВИЕ СЧИТАЕТСЯ МАССОВЫМ
УЖЕ ПРИ НАЛИЧИИ**

- а 1 пострадавшего

- б 2 пострадавших
- в 3 пострадавших
- г 4 пострадавших
- д 5 пострадавших

ПЕРВОЙ ФАЗОЙ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ ФАЗА

- а сортировки
- б изоляции
- в первой помощи
- г спасения
- д эвакуации

ВТОРОЙ ФАЗОЙ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ ФАЗА

- а сортировки
- б изоляции
- в первой медицинской помощи
- г спасения
- д эвакуации

ТРЕТЬЕЙ ФАЗОЙ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ МАССОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ ФАЗА

- а сортировки
- б изоляции
- в спасения
- г эвакуации
- д восстановления

ФАЗА ИЗОЛЯЦИИ ПРИ МАССОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ – ЭТО ПЕРИОД С МОМЕНТА

- а возникновения чрезвычайной ситуации до информирования медицинских сил
- б возникновения чрезвычайной ситуации до начала оказания первой медицинской помощи штатными спасательными формированиями
- в получения информации о возникновении чрезвычайной ситуации до прибытия штатных медицинских сил
- г возникновения чрезвычайной ситуации до эвакуации пострадавших из очага поражения
- д возникновения чрезвычайной ситуации до эвакуации пострадавших в лечебные учреждения

**В ФАЗУ ИЗОЛЯЦИИ ПРИ МАССОВЫХ
ПОРАЖЕНИЯХ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ**

- а отсрочена
- б оказывается в форме само- и взаимопомощи
- в проводится спасательными формированиями
- г проводится сотрудниками скорой медицинской помощи
- д оказывается только беременным и детям

**ФАЗА СПАСЕНИЯ ПРИ МАССОВЫХ
ПОРАЖЕНИЯХ – ЭТО ПЕРИОД С МОМЕНТА**

- а получения информации о возникновении чрезвычайной ситуации до эвакуации пострадавших из очага поражения
- б прибытия штатных медицинских сил до эвакуации пострадавших в лечебные учреждения
- в прибытия штатных спасательных формирований до эвакуации пострадавших из очага поражения
- г возникновения чрезвычайной ситуации до эвакуации пострадавших из очага поражения
- д возникновения чрезвычайной ситуации до эвакуации пострадавших в лечебные учреждения

**В ФАЗУ СПАСЕНИЯ ПРИ МАССОВЫХ
ПОРАЖЕНИЯХ ШТАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ
СИЛЫ**

- а не привлекаются
- б всегда оказывают помощь пострадавшим в очаге поражения
- в оказывают помощь пострадавшим в очаге поражения при отсутствии спасательных формирований
- г оказывают помощь пострадавшим в очаге поражения только по распоряжению штаба по ликвидации чрезвычайной ситуации
- д оказывают помощь пострадавшим за границей очага поражения

**РУКОВОДСТВО МЕДИЦИНСКИМИ СИЛАМИ
НА МЕСТЕ МАССОВЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ
ПЕРВИЧНО ПРИНИМАЕТ НА СЕБЯ**

- а любой медработник, первым оказавшийся на месте происшествия
- б ответственный любой бригады скорой медицинской помощи, первой прибывшей на место происшествия
- в только врач первой врачебной бригады скорой медицинской помощи, прибывшей на место происшествия
- г только врач первой специализированной бригады скорой медицинской помощи, прибывшей на место происшествия
- д только сотрудник региональной службы медицины катастроф, прибывший на место происшествия

**ПРИ ПРОИСШЕСТВИИ С МАССОВЫМИ
ПОРАЖЕНИЯМИ ОТВЕТСТВЕННЫЙ
ФЕЛЬДШЕРСКОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПЕРВОЙ
ПРИБЫВШЕЙ НА МЕСТО ПРОИСШЕСТВИЯ**

- а не имеет право осуществлять руководство медицинскими силами
- б принимает на себя руководство медицинскими силами и осуществляет его до появления любого врача на месте происшествия
- в принимает на себя руководство медицинскими силами и осуществляет его до прибытия первой врачебной бригады скорой медицинской помощи
- г принимает на себя руководство медицинскими силами и осуществляет его до прибытия сотрудника региональной службы медицины катастроф
- д принимает на себя руководство медицинскими силами и осуществляет его до эвакуации всех пострадавших в лечебные учреждения

**ЦЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКИ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а выявлении наиболее тяжелой группы пострадавших для немедленного оказания им медицинской помощи
- б распределении пострадавших по характеру и тяжести поражения и прогнозу
- в обеспечении скорейшей эвакуации всех пострадавших из очага поражения
- г определении группы пострадавших, в которой возможно оказание медицинской помощи на месте происшествия в полном объеме
- д сохранении медицинских сил и средств за счет абсолютного исключения из медицинской помощи бесперспективных пострадавших

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЫ У ПОРАЖЕННЫХ ПРОВОДИТСЯ

- а только при первичном осмотре
- б только после вторичного осмотра
- в перманентно на всех этапах эвакуации
- г только на конечном этапе эвакуации
- д только перед началом эвакуации врачом

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПРИ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- а определение признаков продолжающегося кровотечения
- б оценку фотореакции зрачка
- в измерение артериального давления
- г аускультацию
- д детальный осмотр опорно-двигательного аппарата

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ПРИ МЕДИЦИНСКОЙ СОРТИРОВКЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- а определение наличия корнеального рефлекса
- б измерение артериального давления
- в перкуссию органов брюшной полости
- г определение наличия и характера внешнего дыхания
- д детальный осмотр опорно-двигательного аппарата

**К ПЕРВОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ
ОТНОСЯТ ПОСТРАДАВШИХ С**

- а повреждениями средней тяжести и тяжелыми повреждениями, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- б повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств, нуждающихся в дальнейшем в стационарном лечении
- в тяжелыми повреждениями, характеризующимися быстрым нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- г легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)
- д крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями

**КО ВТОРОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ
ОТНОСЯТ ПОСТРАДАВШИХ С**

- а крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- б легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)
- в повреждениями средней тяжести и тяжелыми повреждениями, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- г тяжелыми повреждениями, характеризующимися быстрым нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- д повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств, нуждающихся в дальнейшем в стационарном лечении

**К ТРЕТЬЕЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ
ОТНОСЯТ ПОСТРАДАВШИХ С**

- а легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

- б крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- в тяжелыми повреждениями, характеризующимися быстрым нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- г повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств, нуждающихся в дальнейшем в стационарном лечении
- д повреждениями средней тяжести и тяжелыми повреждениями, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни

**К ЧЕТВЕРТОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ
ОТНОСЯТ ПОСТРАДАВШИХ С**

- а легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)
- б повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств, нуждающихся в дальнейшем в стационарном лечении
- в повреждениями средней тяжести и тяжелыми повреждениями, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- г тяжелыми повреждениями, характеризующимися быстрым нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- д крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями

**К ПЯТОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ
ОТНОСЯТ ПОСТРАДАВШИХ С**

- а легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)
- б повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств, нуждающихся в дальнейшем в стационарном лечении

- в повреждениями средней тяжести и тяжелыми повреждениями, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- г тяжелыми повреждениями, характеризующимися быстрым нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- д крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ ВКЛЮЧАЕТ

- а мероприятия по предотвращению нарастания нарушений витальных функций в первую очередь
- б оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации
- в наблюдение, медицинскую помощь во вторую очередь или отсроченную
- г наблюдение, всегда отсроченную медицинскую помощь
- д симптоматическое лечение для облегчения страданий в последнюю очередь

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВО ВТОРОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ ВКЛЮЧАЕТ

- а симптоматическое лечение для облегчения страданий в последнюю очередь
- б мероприятия по предотвращению нарастания нарушений витальных функций в первую очередь
- в оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации
- г наблюдение, медицинскую помощь во вторую очередь или отсроченную
- д наблюдение, всегда отсроченную медицинскую помощь

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТРЕТЬЕЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ ВКЛЮЧАЕТ

- а наблюдение, всегда отсроченную медицинскую помощь
- б симптоматическое лечение для облегчения страданий в последнюю очередь
- в оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации
- г мероприятия по предотвращению нарастания нарушений витальных функций в первую очередь
- д наблюдение, медицинскую помощь во вторую очередь или отсроченную

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧЕТВЕРТОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ ВКЛЮЧАЕТ

- а симптоматическое лечение для облегчения страданий в последнюю очередь
- б мероприятия по предотвращению нарастания нарушений витальных функций в первую очередь
- в наблюдение, всегда отсроченную медицинскую помощь
- г наблюдение, медицинскую помощь во вторую очередь или отсроченную
- д оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЯТОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЕ ВКЛЮЧАЕТ

- а симптоматическое лечение для облегчения страданий в последнюю очередь
- б оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации
- в мероприятия по предотвращению нарастания нарушений витальных функций в первую очередь
- г наблюдение, медицинскую помощь во вторую очередь или отсроченную
- д наблюдение, всегда отсроченную медицинскую помощь

ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПЕРВОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЫ

- а проводится в последнюю очередь, самостоятельно
- б осуществляется отсрочено, транспортом общего назначения в сопровождении медицинского работника
- в осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- г проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- д не проводится

ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ВТОРОЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЫ

- а проводится в последнюю очередь, самостоятельно
- б осуществляется отсрочено, транспортом общего назначения в сопровождении медицинского работника
- в осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- г проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- д не проводится

ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ТРЕТЬЕЙ СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЫ

- а проводится в последнюю очередь, самостоятельно
- б осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- в осуществляется отсрочено, транспортом общего назначения в сопровождении медицинского работника
- г не проводится
- д проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций

**ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ЧЕТВЕРТОЙ
СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЫ**

- а проводится в последнюю очередь, самостоятельно
- б осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- в осуществляется отсрочено, транспортом общего назначения в сопровождении медицинского работника
- г не проводится
- д проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций

**ЭВАКУАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПЯТОЙ
СОРТИРОВОЧНОЙ ГРУППЫ**

- а проводится в последнюю очередь, самостоятельно
- б осуществляется отсрочено, транспортом общего назначения в сопровождении медицинского работника
- в осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- г проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- д не проводится

ПОСТРАДАВШЕГО С открытой черепно-мозговой травмой и видимым МАССИВНЫМ повреждением вещества головного мозга ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО С Повреждением сонных артерий с двух сторон ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе

- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО С открытым ранением грудной клетки И обширным повреждением внутренних органов ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО С травматической ампутацией обеих нижних конечностей И продолжающимся кровотечением ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО С травматическим ШОКОМ II СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО В КОМЕ С ПРИЗНАКАМИ ОЖОГА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО с ОТКРЫТЫМ ПЕРЕЛОМОМ VI-VII РЕБЕР СПРАВА И ОДЫШКОЙ 32 ДЫХАНИЯ В МИНУТУ ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

**ПОСТРАДАВШЕГО РЕБЕНКА 8 ЛЕТ С
ТЕРМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ СТОПЫ I СТЕПЕНИ
И РЕЗАННОЙ РАНОЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ С
ПРИЗНАКАМИ ВЕНОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ
ОТНОСЯТ К**

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

**ПОСТРАДАВШЕГО с закрытым переломом
бедря и стабильной гемодинамикой
ОТНОСЯТ К**

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

**ПОСТРАДАВШЕГО с ПРОНИКАЮЩИМ
РАНЕНИЕМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И
ВЫПАДЕНИЕМ ПЕТЕЛЬ КИШЕЧНИКА НА
ФОНЕ стабильной гемодинамики ОТНОСЯТ
К**

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

**ПОСТРАДАВШЕГО с ТЕРМИЧЕСКИМ
ОЖОГОМ 10% ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА II
СТЕПЕНИ, ЛОКАЛИЗОВАННОМ НА ПЕРЕДНЕЙ
БРЮШНОЙ СТЕНКЕ, ОТНОСЯТ К**

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

**ПОСТРАДАВШУЮ С переломом лучевой
кости в типичном месте И БЕРЕМЕННОСТЬЮ
СРОКОМ 22 НЕДЕЛИ ОТНОСЯТ К**

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе

- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО С закрытой травмой живота без явных признаков нарушения гемодинамики ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО С закрытым переломом V-VIII ребер слева ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО с ВЫВИХОМ ПЛЕЧА ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО с колото-резанной раной предплечья без признаков активного кровотечения ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО С переломом лучевой кости в типичном месте ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе
- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе

ПОСТРАДАВШЕГО С УШИБОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ БЕДРА ОТНОСЯТ К

- а первой сортировочной группе

- б второй сортировочной группе
- в третьей сортировочной группе
- г четвертой сортировочной группе
- д пятой сортировочной группе