

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце: **Государственное автономное учреждение Чувашской Республики**

ФИО: Матвеев Роман Сталинарьевич

Должность: Ректор

Дата подписания: 25.10.2022 09:42:07

Уникальный программный ключ:

a1fced18b7ed974d9aae7ca022a0bd4130c0e7f8

**дополнительного профессионального образования**

**«Институт усовершенствования врачей»**

**Министерства здравоохранения Чувашской Республики**



**Фонд оценочных средств  
для проведения  
государственной итоговой аттестации**

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальностям:

**31.08.48 Скорая медицинская помощь**

Квалификация – **Врач скорой медицинской помощи**

Форма обучения - **очная**

**Паспорт фонда оценочных средств  
Государственной итоговой аттестации**

**Формируемые компетенции:**

**Универсальные:** УК-1, УК-2, УК-3.

**Профессиональные:** ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

<b>Оценочные средства</b>	<b>Количество</b>
Тестовые вопросы	300
Ситуационные задачи	20
Практические навыки и манипуляции	42
Вопросы собеседования	130

**Критерии контроля знаний:**

**- Критерии оценивания тестирования**

<b>Оценка</b>	<b>Критерии</b>
<b>«Отлично»</b>	91% и выше правильных ответов тестовых заданий
<b>«Хорошо»</b>	от 81% до 90% правильных ответов тестовых заданий
<b>«Удовлетворительно»</b>	от 71% до 80% правильных ответов тестовых заданий
<b>«Неудовлетворительно»</b>	ниже 70% правильных ответов тестовых заданий

**- Критерии оценивания решения ситуационных задач**

<b>Оценка</b>	<b>Критерии</b>
<b>«Отлично»</b>	Ординатор показывает полное правильное решение задачи, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на дополнительные вопросы
<b>«Хорошо»</b>	Ординатор показывает правильное решение задачи, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы
<b>«Удовлетворительно»</b>	Ординатор показывает частичное правильное решение задачи, допускает неточности в постановке диагноза с учетом принятой классификации и допускает существенные ошибки при ответе на вопросы
<b>«Неудовлетворительно»</b>	Ординатор показывает неправильное решение задачи, диагноз поставлен не верно. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов

**Критерии оценки овладения практическими навыками:**

<b>Оценка</b>	<b>Критерии</b>
<b>«Отлично»</b>	Ординатор обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений
<b>«Хорошо»</b>	Ординатор обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет
<b>«Удовлетворительно»</b>	Ординатор обладает удовлетворительными

	теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем
<b>«Неудовлетворительно»</b>	Ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их допуская грубые ошибки

#### Критерии оценки собеседования:

Оценка	Критерии
<b>«Отлично»</b>	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы
<b>«Хорошо»</b>	Ординатор показывает полное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы
<b>«Удовлетворительно»</b>	Ординатор показывает частичное освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностное знание предмета
<b>«Неудовлетворительно»</b>	Ординатор не показывает освоение планируемых результатов обучения, предусмотренных программой, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов

Общий результат государственной итоговой аттестации выставляется по результатам собеседования с учетом результатов двух предыдущих этапов

#### Перечень тестовых вопросов.

**№1** Какие из названных образований принадлежат только шейным позвонкам?

1. Реберно - поперечные отростки. Поперечные отверстия
2. Сосцевидные отростки. Поперечные отверстия
3. Реберно - поперечные отростки. Сосцевидные отростки
4. Сосцевидные отростки. Нижние суставные отростки. Поперечные отверстия

**Ответ:** 1

**№2** Какие из названных отверстий сообщают крыловидно - небную (крылонебную) ямку с полостью носа?

1. Клиновидно-небное отверстие
2. Нижняя глазничная щель
3. Рваное отверстие
4. Крыловидный канал

**Ответ:** 1

**№3** Какие из перечисленных костей располагаются в проксимальном ряду запястья?

1. Полулунная кость. Ладьевидная кость
2. Ладьевидная кость. Трапециевидная кость. Кость-трапеция
3. Полулунная кость. Кость-трапеция.
4. Полулунная кость. Ладьевидная кость. Кость-трапеция

**Ответ:** 1

---

**№4** Укажите кости, участвующие в образовании четвертой продольной дуги (свода) стопы.

1. Пяточная кость. Кубовидная кость
2. Латеральная клиновидная кость. Кубовидная кость
3. Таранная кость. Пяточная кость. Кубовидная кость
4. Пяточная кость

**Ответ:** 1

---

**№5** Какие из названных костей черепа участвуют в образовании сосцевидного родничка у новорожденного?

1. Височная кость. Затылочная кость. Теменная кость
2. Височная кость. Затылочная кость. Клиновидная кость
3. Затылочная кость. Теменная кость
4. Височная кость

**Ответ:** 1

---

**№6** Какие из перечисленных суставов имеют внутрисуставные диски или мениски?

1. Коленный сустав. Грудинноключичный сустав
2. Плечевой сустав
3. Тазобедренный сустав. Грудинноключичный сустав
4. Коленный сустав. Плечевой сустав. Грудинноключичный сустав

**Ответ:** 1

---

**№7** Укажите мышцы, поворачивающие голову вокруг вертикальной оси.

1. Полуостистые мышцы головы. Нижние косые мышцы головы
2. Надподъязычные мышцы. Нижние косые мышцы головы
3. Надподъязычные мышцы
4. Латеральные прямые мышцы головы

**Ответ:** 1

---

**№8** Укажите мышцы, отводящие плечо в плечевом суставе.

1. Надостная мышца. Дельтовидная мышца.
2. Клюво-плечевая мышца. Подостная мышца. Дельтовидная мышца
3. Клюво-плечевая мышца. Надостная мышца. Дельтовидная мышца
4. Дельтовидная мышца

**Ответ:** 1

---

**№9** Какие из названных мышц поворачивают голень (и стопу) вовнутрь?

1. Портняжная мышца. Медиальная головка икроножной мышцы
2. Портняжная мышца. Двуглавая мышца бедра
3. Латеральная головка икроножной мышцы. Медиальная головка икроножной мышцы. Двуглавая мышца бедра
4. Латеральная головка икроножной мышцы. Двуглавая мышца бедра

**Ответ:** 1

---

**№10** Какие мышцы приводят пальцы кисти к среднему пальцу?

1. Ладонные межкостные мышцы
2. Тыльные межкостные мышцы
3. Червеобразные мышцы

4. Поверхностный сгибатель пальцев (кисти)

**Ответ: 1**

---

**№11** Какие мышцы языка тянут язык назад, участвуя в проталкивании пищевого комка в глотку (акт глотания)?

1. Подъязычно-язычная мышца. Шило-язычная мышца
2. Подбородочно-язычная мышца. Шило-язычная мышца
3. Подбородочно-язычная мышца. Подъязычно-язычная мышца. Нижняя продольная мышца
4. Нижняя продольная мышца

**Ответ: 1**

---

**№12** Укажите часть двенадцатиперстной кишки, куда открывается проток поджелудочной железы?

1. Нисходящая часть
2. Восходящая часть
3. Верхняя часть
4. Горизонтальная часть

**Ответ: 1**

---

**№13** Какие из перечисленных анатомических образований принадлежат толстой кишке?

1. Полулунные складки. Сальниковые отростки
2. Циркулярные складки. Ворсинки
3. Циркулярные складки. Полулунные складки. Сальниковые отростки

**Ответ: 1**

---

**№14** Какие из названных органов пищеварения занимают мезоперитонеальное положение?

1. Исходящая ободочная кишка
2. Слепая кишка
3. Тонкая кишка
4. Поджелудочная железа

**Ответ: 1**

---

**№15** Какие из названных анатомических образований участвуют в формировании верхней стенки сальниковой сумки?

1. Хвостатая доля печени
2. Квадратная доля печени
3. Малый сальник
4. Брюшной отдел пищевода

**Ответ: 1**

---

**№16** Отверстия каких придаточных пазух носа открываются в средний носовой ход?

1. Лобная пазуха. Верхнечелюстная пазуха
2. Клиновидная пазуха. Верхнечелюстная пазуха
3. Клиновидная пазуха. Задние ячейки решетчатой кости
4. Лобная пазуха. Верхнечелюстная пазуха. Задние ячейки решетчатой кости

**Ответ: 1**

---

**№17** Какие из указанных мышц гортани напрягают (натягивают) голосовые связки?

1. Перстне-щитовидная мышца
2. Перстне-щитовидная мышца. Поперечная черпаловидная мышца
3. Латеральная перстне-черпаловидная мышца. Голосовая мышца
4. Поперечная черпаловидная мышца. Латеральная перстне-черпаловидная мышца. Голосовая мышца

**Ответ: 1**

---

**№18** С каким органом из ниже перечисленных соприкасается левая почка?

1. Поджелудочная железа
2. Сигмовидная ободочная кишка
3. Поперечная ободочная кишка
4. Брюшная часть аорты

**Ответ:** 1

---

**№19** В какой части почки находится комплекс структур, который называют форникальным аппаратом?

1. Малые чашки
2. Начало мочеточника
3. Большие чашки
4. Капсула клубочка (Шумлянско-Боумена)

**Ответ:** 1

---

**№20** Какие из указанных мышц относятся к поверхностному слою мочеполовой диафрагмы?

1. Луковично - губчатая мышца. Седалищно-пещеристая мышца
2. Сфинктер мочеиспускательного канала. Мышца, поднимающая промежность
3. Сфинктер мочеиспускательного канала. Седалищно-пещеристая мышца
4. Луковично - губчатая мышца. Мышца, поднимающая промежность. Седалищно-пещеристая мышца

**Ответ:** 1

---

**№21** Куда впадают протоки желез простаты (простатические протоки)?

1. В мочеиспускательный канал
2. В ампулу семявыносящего протока
3. В протоки семенных пузырьков
4. В семявыбрасывающий проток

**Ответ:** 1

---

**№22** С какими из названных ниже органов соприкасается матка у девушки в юношеском возрасте?

1. С прямой кишкой. С мочевым пузырем
2. С мочеиспускательным каналом. С лобковым симфизом
3. С прямой кишкой. С лобковым симфизом
4. С мочевым пузырем. С мочеиспускательным каналом. С лобковым симфизом

**Ответ:** 1

---

**№23** Какие из перечисленных ниже желез внутренней секреции зависят от функции передней доли гипофиза?

1. Половые железы. Щитовидная железа
2. Половые железы. Мозговое вещество надпочечников
3. Щитовидная железа. Околощитовидные железы
4. Половые железы. Околощитовидные железы. Мозговое вещество надпочечников

**Ответ:** 1

---

**№24** Какое из отверстий сердца проецируется позади левого края грудины на уровне третьего межреберного промежутка?

1. Отверстие аорты
2. Левое предсердно-желудочковое отверстие
3. Правое предсердно-желудочковое отверстие
4. Отверстие легочного ствола

**Ответ:** 1

---

**№25** Какие отделы сердца кровоснабжаются (в основном) ветвями левой венечной артерии?

1. Стенка левого желудочка. Передняя стенка правого желудочка
2. Задняя часть межжелудочковой перегородки. Стенка левого желудочка. Передняя стенка правого желудочка
3. Задняя часть межжелудочковой перегородки. Предсердно - желудочковый узел проводящий системы сердца
4. Задняя часть межжелудочковой перегородки. Стенка левого желудочка. Предсердно - желудочковый узел проводящий системы сердца

**Ответ: 1**

---

**№26** Какие из перечисленных структур относятся к проводящей системе сердца?

1. Предсердно-желудочковый узел. Предсердно-желудочковый пучок. Синусно-предсердный узел
2. Предсердно-желудочковый узел. Межвенозный бугорок
3. Предсердно-желудочковый узел. Межвенозный бугорок. Синусно-предсердный узел.
4. Межвенозный бугорок. Предсердно-желудочковый пучок. Синусно-предсердный узел.

**Ответ: 1**

---

**№27** Какие из названных ниже артерий участвуют в образовании артериального (Виллизиева) круга большого мозга?

1. Передние мозговые артерии. Задняя соединительная артерия
2. Передние мозговые артерии. Основная (базилярная) артерия. Передняя ворсинчатая артерия
3. Передняя ворсинчатая артерия. Задняя соединительная артерия
4. Основная (базилярная) артерия. Передняя ворсинчатая артерия. Задняя соединительная артерия

**Ответ: 1**

---

**№28** Какие артерии образуют глубокую ладонную дугу?

1. Лучевая артерия. Глубокая ладонная ветвь локтевой артерии
2. Лучевая артерия. Глубокая ладонная ветвь локтевой артерии. Передняя межкостная артерия
3. Лучевая артерия. Глубокая ладонная ветвь локтевой артерии. Ладонная запястная ветвь
4. Передняя межкостная артерия. Ладонная запястная ветвь

**Ответ: 1**

---

**№29** От какой артерии берут начало нижние панкреато-дуоденальные артерии?

1. От верхней брыжеечной артерии
2. От селезеночной артерии
3. От гастродуоденальной артерии
4. От правой желудочно-сальниковой артерии

**Ответ: 1**

---

**№30** Какая из ветвей запирающей артерии образует возле внутреннего кольца бедренного канала анастомоз ("корону смерти") с запирающей ветвью нижней надчревной артерии?

1. Лобковая ветвь
2. Передняя ветвь
3. Задняя ветвь
4. Вертлужная ветвь

**Ответ: 1**

---

**№31** Продолжением какой из указанных ниже вен является полунепарная вена?

- 1.левой восходящей поясничной вены

2. Одной из межреберных вен
3. Добавочной полунепарной вены
4. Правой восходящей поясничной вены

**Ответ:** 1

---

**№32** Какие из перечисленных ниже вен впадают во внутреннюю яремную вену?

1. Лицевая вена. Язычная вена
2. Лицевая вена. Передняя яремная вена
3. Лицевая вена. Передняя яремная вена. Язычная вена
4. Передняя яремная вена. Язычная вена. Задняя ушная вена

**Ответ:** 1

---

**№33** Какие из указанных ниже вен впадают в воротную вену печени?

1. Желчепузырная вена. Предпривратниковая вена
2. Правая надпочечная вена. Желчепузырная вена. Предпривратниковая вена
3. Правая надпочечная вена. Предпривратниковая вена. Правая нижняя диафрагмальная вена
4. Желчепузырная вена. Правая нижняя диафрагмальная вена

**Ответ:** 1

---

**№34** К каким из перечисленных ниже лимфатическим узлам направляются лимфатические сосуды от стенок желудка?

1. Кардиальные лимфатические узлы. Печеночные лимфатические узлы. Селезеночные лимфатические узлы
2. Кардиальные лимфатические узлы. Печеночные лимфатические узлы. Панкреато-дуоденальные лимфатические узлы
3. Печеночные лимфатические узлы
4. Кардиальные лимфатические узлы. Печеночные лимфатические узлы. Панкреато-дуоденальные лимфатические узлы. Селезеночные лимфатические узлы

**Ответ:** 1

---

**№35** Какие из названных органов относятся к периферическим органам иммунной системы?

1. Аппендикс. Небная миндалина. Селезенка
2. Аппендикс. Тимус
3. Тимус. Небная миндалина. Селезенка
4. Тимус

**Ответ:** 1

---

**№36** От каких ядер спинного мозга берет начало задний спинномозжечковый путь?

1. Грудное ядро (ядро)
2. Собственное ядро
3. Медиальное (центральное) промежуточное вещество
4. Ядра ретикулярной формации

**Ответ:** 1

---

**№37** Какие из названных извилин принадлежат теменной доле большого мозга?

1. Постцентральная извилина. Надкраевая извилина
2. Постцентральная извилина. Надкраевая извилина. Язычковая извилина
3. Постцентральная извилина. Клин
4. Язычковая извилина

**Ответ:** 1

---

**№38** Какие из указанных ядер принадлежат языкоглоточному нерву?

1. Нижнее слюноотделительное ядро. Двойное ядро

2. Верхнее слюноотделительное ядро. Нижнее слюноотделительное ядро. Добавочное ядро
3. Верхнее слюноотделительное ядро. Двойное ядро
4. Верхнее слюноотделительное ядро. Добавочное ядро. Двойное ядро

**Ответ: 1**

---

**№39** К каким из перечисленных органов подходят ветви блуждающих нервов?

1. Желудок. Правый надпочечник. Селезенка
2. Желудок. Матка
3. Желудок. Матка. Правый надпочечник. Селезенка

**Ответ: 1**

---

**№40** Через какое отверстие в основании черепа выходит лицевой нерв?

1. Шило-сосцевидное отверстие
2. Остистое отверстие
3. Рваное отверстие
4. Яремное отверстие

**Ответ: 1**

---

**№41** Какие из перечисленных ветвей всегда имеются у грудных спинномозговых нервов?

1. Все перечисленные
2. Задняя часть
3. Передняя часть
4. Белая соединительная ветвь

**Ответ: 1**

---

**№42** Какие из указанных нервов иннервируют передние мышцы голени?

1. Глубокий малоберцовый нерв
2. Поверхностный малоберцовый нерв
3. Большеберцовый нерв
4. Бедренный нерв

**Ответ: 1**

---

**№43** К какому нерву прилежит ушной (парасимпатический) узел?

1. К нижнечелюстному нерву
2. К верхнему нерву
3. К лицевому нерву
4. К барабанному нерву

**Ответ: 1**

---

**№44** Какие из перечисленных ниже ядер принадлежат к вегетативной нервной системе?

1. Промежуточно-латеральное ядро (спинного мозга). Верхнее слюноотделительное ядро
2. Ядро одиночного пути. Двойное ядро. Верхнее слюноотделительное ядро
3. Промежуточно-латеральное ядро (спинного мозга). Ядро одиночного пути
4. Двойное ядро

**Ответ: 1**

---

**№45** Какой из протоков улитки заканчивается возле круглого окна (окно улитки)?

1. Барабанная лестница
2. Улитковый проток
3. Лестница преддверия
4. Эндолимфатический проток

**Ответ: 1**

---

**№46** Эпителий какого типа покрывает внутреннюю поверхность пищевода (слизистую оболочку пищевода)?

1. Многослойный плоский неороговевший
2. Многослойный плоский ороговевший
3. Однослойный цилиндрический каемчатый
4. Многорядный реснитчатый

**Ответ:** 1

---

**№47** Какие структуры участвуют в формировании рельефа слизистой оболочки?

1. Складки. Поля. Ямки
2. Ворсины. Ямки.
3. Ворсины. Складки. Поля. Ямки
4. Складки. Поля

**Ответ:** 1

---

**№48** Какие структуры в стенке кишечника содержат иммунокомпетентные клетки (лимфоциты)?

1. Лимфоидные фолликулы
2. Крипты
3. Лимфатические узлы
4. Концевые отделы желез

**Ответ:** 1

---

**№49** В каких клетках органов пищеварения вырабатывается инсулин?

1. В клетках островков Лангерганса
2. Гепатоцитах
3. Главных клетках желудка
4. Энтероцитах

**Ответ:** 1

---

**№50** Из какого зародышевого листка развивается эпителий кишечника?

1. Энтодермы
2. Эктодермы
3. Мезодермы
4. Мезенхимы

**Ответ:** 1

---

**№51** Какой тип яйцеклетки у человека?

1. Вторично изолецитальная
2. Изолецитальная
3. Телолецитальная
4. Мезолецитальная

**Ответ:** 1

---

**№52** Какой тип плаценты у человека?

1. Гемохориальная
2. Десмохориальная
3. Дискоидальная
4. Эпителиохориальная

**Ответ:** 1

---

**№53** Из какого тканевого зачатка образуется сердце?

1. Миоэпикардимальные пластинки. Мезенхимы
2. Эктодермы
3. Эктодермы. Энтодермы

4. Миоэпикардимальные пластинки. Мезенхимы. Энтодермы

**Ответ: 1**

---

**№54** В каком органоиде клетки происходит синтез АТФ?

1. В митохондриях
2. В клеточном центре
3. В рибосоме
4. В лизосоме

**Ответ: 1**

---

**№55** В каком органоиде клетки происходит синтез белка?

1. В рибосоме
2. В митохондрии
3. В миофибрилле
4. В лизосоме

**Ответ: 1**

---

**№56** Какие образования клеточной поверхности служат для механического соединения клеток?

1. Инвагинации (соединения по типу "замка")
2. Десмосомы
3. Нексусы
4. Микроворсинки

**Ответ: 1**

---

**№57** Какие образования клеточной поверхности участвуют в пристеночном пищеварении?

1. Микроворсинки
2. Реснички
3. Десмосомы
4. Нексусы

**Ответ: 1**

---

**№58** Какой фермент является маркером лизосом?

1. Кислая фосфатаза
2. Пероксидаза
3. Трансфераза
4. Моноаминоксидаза

**Ответ: 1**

---

**№59** Какие образования входят в осевой комплекс зародыша?

1. Нервная трубка. Хорда. Сомиты
2. Нервная трубка. Амнион. Сомиты
3. Нервная трубка. Хорда. Амнион. Сомиты
4. Хорда. Сомиты

**Ответ: 1**

---

**№60** Как устроен многослойный плоский эпителий?

1. С базальной мембраной контактирует только один слой (базальный)
2. Все клетки различных слоев контактируют с базальной мембраной
3. Контакт с базальной мембраной определяется степенью растяжения эпителиального пласта
4. Клетки лежат в один ряд на базальной мембране

**Ответ: 1**

---

**№61** Какой тип секреции характерен для клеток сальной железы кожи?

1. Голокриновый
2. Макроапокриновый
3. Мерокриновый
4. Микроапокриновый

**Ответ: 1**

---

**№62** В каких клетках образуется межклеточное вещество соединительной ткани?

1. Фибробластах
2. Макрофагах
3. Плазмочитах
4. Лаброцитах

**Ответ: 1**

---

**№63** Какой вид соединительной ткани образует строму кроветворных органов?

1. Ретикулярная
2. Жировая
3. Волокнистая
4. Пигментная

**Ответ: 1**

---

**№64** Какой вид соединительной ткани обладает наибольшей способностью к регенерации?

1. Рыхлая волокнистая неоформленная
2. Плотная неоформленная
3. Плотная оформленная
4. Жировая

**Ответ: 1**

---

**№65** В каких клетках происходит выработка антител?

1. В плазмочитах
2. В фибробластах
3. В макрофагах
4. В лаброцитах

**Ответ: 1**

---

**№66** В каких клетках эндокринной системы вырабатываются статины и либерины?

1. В нейросекреторных клетках гипоталамуса
2. В аденоцитах
3. В клетках коры надпочечника
4. В тироцитах

**Ответ: 1**

---

**№67** Какой вид макроглии принимает участие в образовании миелиновой оболочки?

1. Шванновские клетки
2. Клетки-сателлиты
3. Астроциты
4. Эпендимоциты

**Ответ: 1**

---

**№68** Какие клетки осуществляют функцию цветного зрения в сетчатке глаза?

1. Клетки-колбочки
2. Клетки-палочки
3. Олигодендроциты
4. Эпендимоциты

**Ответ: 1**

---

**№69** Какая клетка является основой строения гематоэнцефалического барьера?

1. Астроцит
2. Нейрон
3. Олигодендроцит
4. Эпендимоцит

**Ответ:** 1

---

**№70** Какое образование обеспечивает передачу возбуждения между нейронами?

1. Синапс
2. Десмосома
3. Микроворсинки
4. Инвагинации

**Ответ:** 1

---

**№71** Ингаляционными анестетиками являются

1. закись азота
2. гексенал
3. новокаин
4. калипсол

**Ответ:** А

---

**№72** К средствам для неингаляционного наркоза не относятся

1. гексенал
2. натрия оксибутират
3. кетамин
4. закись азота

**Ответ:** Г

---

**№73** Для полуоткрытого контура наркозного аппарата характерно

1. вдох анестетика из атмосферы и его выдох в атмосферу
2. вдох анестетика из аппарата и его выдох в атмосферу
3. вдох анестетика из аппарата и его выдох, как в аппарат, так и в атмосферу
4. вдох анестетика из аппарата и его выдох в аппарат
5. вдох анестетика из атмосферы и его выдох в аппарат

**Ответ:** Б

---

**№74** Обезболивание закисью азота аппаратом АН-8 проводится по

1. открытому дыхательному контуру
2. закрытому дыхательному контуру
3. полуоткрытому дыхательному контуру
4. полужакрытому дыхательному контуру
5. комбинированному дыхательному контуру

**Ответ:** В

---

**№75** Дыхательный мешок в аппарате АН-8 не применим

1. для проведения вспомогательной искусственной вентиляции легких
2. для проведения ИВЛ
3. для наблюдения за характером спонтанного дыхания
4. как резервуар для вдыхания кислородной смеси

**Ответ:** Б

---

**№76** Преимущества масочного наркоза заключаются в

1. простоте подсоединения аппарата к больному, возможность обеспечения спонтанного дыхания
2. идеальных условиях для искусственной вентиляции легких

3. предупреждении асфиксии вследствие западения языка
4. предупреждении аспирации рвотных масс

**Ответ: А**

---

**№77** Преимущества эндотрахеального метода анестезии заключаются в

1. создании оптимальных условий для ИВЛ, обеспечении проходимости дыхательных путей
2. предупреждении развития бронхоспазма
3. предупреждении остановки сердца
4. обеспечении спонтанного дыхания

**Ответ: А**

---

**№78** К преимуществам внутривенной общей анестезии не относятся

1. отсутствие необходимости в сложной аппаратуре
2. отсутствие выраженной стадии возбуждения
3. быстрое введение в наркоз
4. невозможность депрессии дыхания

**Ответ: Г**

---

**№79** Проведение обезболивания закисью азота с кислородом через аппарат АН-8 противопоказано при

1. черепно-мозговой травме
2. переломе трубчатых костей
3. выраженной гипоксии
4. нет противопоказаний
5. острым инфаркте миокарда

**Ответ: А**

---

**№80** При наступлении стадии возбуждения во время масочного наркоза закисью азота с кислородом необходимо

1. прекратить ингаляцию анестетика
2. уменьшить концентрацию анестетика
3. ввести мочегонные препараты
4. увеличить концентрацию анестетика

**Ответ: Б**

---

**№81** Закись азота является

1. сильным наркотиком со слабым анальгезирующим действием
2. слабым наркотиком с выраженным анальгезирующим действием
3. сильным наркотиком и анальгетиком
4. слабым наркотиком и анальгетиком
5. выраженным антигипоксантом

**Ответ: Б**

---

**№82** Аналгезия при проведении закисно-кислородного наркоза в концентрации 2:1 наступает

1. при первом вдохе газонаркотической смеси
2. через 30-60 секунд дыхания газонаркотической смесью
3. через 2-3 минуты дыхания газонаркотической смесью
4. через 3-5 минут дыхания газонаркотической смесью
5. не наступает

**Ответ: В**

---

**№83** Превышение концентрации закиси азота во вдыхаемой смеси более 75% может вызвать

1. психомоторное возбуждение

2. расстройства гемодинамики
3. гипоксию
4. токсическое поражение печени
5. нарушение альвеолярно-капиллярной диффузии

**Ответ: В**

---

**№84** Для усиления наркоза закисью азота надо

1. увеличить содержание закиси азота в смеси более 80%
2. вводить внутривенно транквилизаторы, ГОМК, аналгетики
3. провести ингаляцию 100% закиси азота в течение 10 минут
4. снизить объем газовой смеси менее минутного объема вентиляции
5. увеличить объем газовой смеси до 30 литров в минуту

**Ответ: Б**

---

**№85** Обезболивания закисью азота с кислородом не проводится при

1. нестабильности гемодинамики
2. массивной кровопотере при тяжелой комбинированной травме
3. выраженной гипоксии
4. заболеваниях печени
5. сочетанной травме

**Ответ: В**

---

**№86** К положительному эффекту препаратов барбитуровой кислоты (тиопентала натрия, гексенала) относится

1. угнетение функции дыхательного центра
2. быстрое введение и выведение из наркоза
3. угнетение сократительного тонуса миокарда
4. снижение сосудистого тонуса
5. снижение функции печени и почек

**Ответ: Б**

---

**№87** К признакам передозировки гексенала не относятся

1. угнетение спонтанного дыхания
2. снижение АД за счет угнетения функции миокарда
3. судороги
4. расширение зрачков
5. снижение АД за счет уменьшения сосудистого тонуса

**Ответ: В**

---

**№88** Отрицательным свойством оксибутирата натрия (ГОМК) является

1. сон, близкий к естественному
2. гипотермическое действие
3. отсутствие существенного влияния на гемодинамику
4. гипернатриемия и снижение содержания калия в плазме
5. противосудорожное действие

**Ответ: Г**

---

**№89** Недостатки применения кетамина (калипсола) на догоспитальном этапе

1. стабилизация артериального давления
2. увеличение саливации и повышение тонуса жевательной мускулатуры
3. отсутствие угнетения дыхания в терапевтической дозе
4. выраженная аналгезия
5. сохранение кашлевого рефлекса

**Ответ: Б**

---

**№90** Кетамин вызывает все перечисленные симптомы, кроме

1. повышения артериального давления
2. бронхоспазма
3. способности вызывать тахикардию
4. выраженной аналгезии
5. повышения саливации

**Ответ: Б**

---

**№91** После введения кетамина наблюдается

1. снижение АД и урежение ЧСС
2. снижение АД и учащение ЧСС
3. повышение АД и учащение ЧСС
4. повышение АД и урежение ЧСС
5. АД и ЧСС не изменяются

**Ответ: В**

---

**№92** Проведение травматичных манипуляций (например интубация трахеи или транспортная иммобилизация) после внутривенного введения кетамина возможно

1. через 1-2 минуты
2. через 6-8 минут
3. через 15-20 минут
4. через 30-45 минут
5. через 5-7 минут

**Ответ: А**

---

**№93** Кетамин показан при всех перечисленных состояниях, за исключением

1. травматического шока
2. гиповолемии
3. болевого синдрома при инфаркте миокарда
4. артериального давления 160/100 мм рт. ст.
5. прогрессирующего отека гортани

**Ответ: Г**

---

**№94** Кетамин не противопоказан

1. при травматическом шоке
2. при сочетанной ЧМТ
3. при болевом синдроме при остром инфаркте миокарда
4. перед интубацией трахеи
5. во всех перечисленных случаях

**Ответ: Д**

---

**№95** Премедикация атропином перед введением кетамина предотвращает

1. повышение АД
2. сужение зрачков
3. урежение ритма дыхания
4. возникновение галлюцинаций
5. гиперсаливацию

**Ответ: Д**

---

**№96** Премедикация транквилизаторами перед введением кетамина предотвращает

1. повышение АД
2. сужение зрачков
3. урежение ритма дыхания
4. возникновение галлюцинации
5. гиперсаливацию

**Ответ: Г**

---

**№97** При сильном болевом синдроме на фоне психомоторного возбуждения показана следующая комбинация препаратов

1. наркотический анальгетик + седуксен
2. ненаркотический анальгетик + димедрол
3. наркотический анальгетик + димедрол
4. ненаркотический анальгетик + седуксен
5. ГОМК

**Ответ: А**

---

**№98** К группе истинных опиатов относятся

1. максиган, аналгин, баралгин
2. тримекаин, лидокаин, новокаин
3. фентанил, промедол, героин, морфин
4. калипсол, ГОМК, барбитураты
5. трамал, норфин, нубаин, фортрал

**Ответ: В**

---

**№99** К группе опиатных анальгетиков со свойствами полного агониста/антагониста относится

1. налоксон
2. галоперидол
3. морадол
4. промедол
5. фентанил

**Ответ: В**

---

**№100** Наиболее сильным препаратом из перечисленных по анальгезирующему эффекту является

1. омнопон
2. морфин
3. трамал
4. фентанил
5. морадол

**Ответ: Г**

---

**№101** Продолжительность анальгезирующего эффекта морфина составляет

1. 40 минут
2. 1 час
3. 2 часа
4. 6 часов
5. 10 часов

**Ответ: Г**

---

**№102** Для потенцирования анальгезирующего действия морфина используется

1. новокаин
2. атропин
3. димедрол
4. адреналин
5. эуфиллин

**Ответ: Г**

---

**№103** Морфина гидрохлорид оказывает следующие действия

1. снижает глубину и частоту дыхания, минутную вентиляцию, чувствительность к CO<sub>2</sub>

2. снижает частоту дыхания, минутную вентиляцию и чувствительность к  $CO_2$ , увеличивает глубину дыхания
3. приводит к развитию мидриаза
4. уменьшает альвеолярно-капиллярную проницаемость

**Ответ: Б**

---

**№104** В качестве антидота морфина гидрохлорида используется

1. кордиамин
2. бемегрид
3. эуфиллин
4. кофеин
5. налоксон

**Ответ: Д**

---

**№105** Аналгетическая активность омнопона по сравнению с морфином

1. в 2 раза больше
2. сходная
3. уступает морфину примерно в 1,5-2 раза
4. больше в 100 раз
5. меньше в 3 раза

**Ответ: В**

---

**№106** Продолжительность анальгезирующего эффекта промедола составляет

1. 40 минут
2. 1 час
3. 4 часа
4. 6 часов
5. 10 часов

**Ответ: В**

---

**№107** Основные свойства фентанила

1. мощный спотворный препарат
2. нейролептик
3. адреномиметик
4. мощный аналгетик
5. атарактик

**Ответ: Г**

---

**№108** При внутривенном введении фентанила аналгетический эффект развивается

1. через 1-2 минуты
2. через 10-12 минут
3. через 20-30 минут
4. через 5-10 минут
5. через 1 час

**Ответ: А**

---

**№109** Длительность аналгетического действия фентанила

1. 1-2 часа
2. 60 минут
3. до 30 минут
4. 5-10 минут
5. 3 часа

**Ответ: В**

---

**№110** К свойствам трамала относятся все, кроме

1. уступает по анальгетической активности морфину
2. не вызывает депрессии дыхания
3. практически не вызывает тошноту и рвоту
4. может сочетаться с наркотическими анальгетиками

**Ответ: В**

---

**№111** К препаратам для нейро-лептаналгезии относятся

1. дроперидол, фентанил
2. реланиум
3. ГОМК
4. атропин

**Ответ: А**

---

**№112** Действие дроперидола при внутривенном введении проявляется через

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

**Ответ: А**

---

**№113** Гипотензивный эффект дроперидола (внутривенного вливания) продолжается до

1. 15 минут
2. 30 минут
3. 45 минут
4. 60 минут
5. 10 минут

**Ответ: Г**

---

**№114** Отрицательные эффекты дроперидола при нейролептаналгезии (НЛА) могут проявиться

1. каталепсией, артериальной гипотензией
2. рвотой
3. артериальной гипертензией
4. остановкой дыхания

**Ответ: А**

---

**№115** Введение фентанила при нейролептаналгезии (НЛА) может приводить к следующим осложнениям, за исключением

1. ригидности мышц грудной клетки
2. остановки дыхания
3. тахикардии
4. брадикардии
5. бронхоспазма

**Ответ: В**

---

**№116** Местным анестетиком является

1. лидокаин
2. промедол
3. дормикум
4. закись азота
5. кетамин

**Ответ: А**

---

**№117** Для инфильтрационной анестезии применяется новокаин в

1. 1-2% -ном растворе
2. 0,25-0,5%-ном растворе
3. 0,125-0,25%-ном растворе
4. 5%-ном растворе
5. 10%-ном растворе

**Ответ: Б**

---

**№118** Для проводниковой анестезии применяется новокаин в

1. 2-5%-ном растворе
2. 0,25-0,5%-ном растворе
3. 1-2%-ном растворе
4. 3%-ном растворе
5. 10%-ном растворе

**Ответ: В**

---

**№119** Глюкокортикоиды не показаны при

1. анафилаксии
2. отеке Квинке
3. астматическом статусе
4. остром инфаркте миокарда
5. токсической пневмонии

**Ответ: Г**

---

**№120** Мезатон в отличие от адреналина и норадреналина

1. более резко повышает артериальное давление
2. действует более продолжительно, не воздействует на адренорецепторы сердца
3. в большей степени увеличивает сердечный выброс
4. более избирательно активирует бета-адрено-рецепторы сердца

**Ответ: Б**

---

**№121** Перед началом инфузии допамина или добутамина необходимо

1. промывание желудка
2. интубация трахеи
3. восполнение ОЦК в случае гиповолемии
4. все перечисленное
5. ничего из перечисленного

**Ответ: В**

---

**№122** Кордиамин обладает

1. стимулирующим влиянием на дыхательный центр
2. прямым кардиотропным действием
3. сосудорасширяющим эффектом
4. противосудорожным действием
5. гипотермическим действием

**Ответ: А**

---

**№123** К декстранам относятся

1. полиглюкин
2. реополиглюкин
3. желатиноль
4. гемодез
5. 20%-ная глюкоза

**Ответ: Д**

---

**№124** В преагональном состоянии

1. сознание спутанное
2. сознание отсутствует
3. возбуждение
4. сознание ясное
5. возможны все варианты

**Ответ: А**

---

**№125 В** преагональном состоянии

1. дыхание отсутствует
2. дыхание редкое
3. наблюдается выраженная одышка
4. дыхание не изменено
5. возможны все варианты

**Ответ: В**

---

**№126 В** преагональном состоянии пульс можно определить

1. на периферических артериях
2. на сонных и бедренных артериях
3. на периферических, сонных и бедренных артериях
4. только на бедренных артериях
5. только на сонных артериях

**Ответ: Б**

---

**№127 В** преагональном состоянии артериальное давление колеблется в пределах

1. 140-160/90-95 мм рт. ст.
2. 100-110/50-60 мм рт. ст.
3. 90/60 мм рт. ст.
4. 120/80 мм рт. ст.
5. не определяется

**Ответ: Д**

---

**№128 В** атональном состоянии на ЭКГ может регистрироваться

1. синусовый ритм
2. асистолия
3. идиовентрикулярный ритм
4. фибрилляция желудочков
5. редкие эктопические импульсы

**Ответ: В**

---

**№129** Для диагностики остановки дыхания у больного следует

1. нажать на грудную клетку
2. положить руку на грудь больного для определения дыхательных движений
3. визуально определить изменение цвета кожных покровов
4. аускультативно определить дыхательные шумы
5. положить одну руку на грудь, другую - на живот больного и по разнице экскурсий определить наличие дыхания

**Ответ: Д**

---

**№130** Основным признаком остановки сердца является

1. отсутствие пульса на сонных артериях
2. отсутствие самостоятельного дыхания
3. клонические судороги
4. широкие зрачки
5. отсутствие сознания

**Ответ: А**

---

**№131** При потере сознания у пациента в первую очередь проверяют

1. реакцию зрачков на свет
2. проходимость дыхательных путей
3. пульс на лучевой артерии
4. сухожильные рефлексы
5. пульс на сонных артериях

**Ответ: Д**

---

**№132** При острой остановке сердца максимальное расширение зрачков проявляется

1. в первые секунды
2. не позднее первых 25 секунд
3. через 30-60 секунд
4. через 80-120 секунд
5. через 60-80 секунд

**Ответ: В**

---

**№133** Видами остановки кровообращения являются все, кроме

1. полной атриовентрикулярной блокады
2. электромеханической диссоциаций
3. крупноволновой фибрилляции
4. мелковолновой фибрилляции
5. асистолии

**Ответ: А**

---

**№134** Сроки начала оживления при клинической смерти не должны превышать

1. 10 минут
2. 5 минут
3. 7 минут
4. 1-2 минут
5. 15 минут

**Ответ: Б**

---

**№135** Оживление с полным восстановлением функций центральной нервной системы возможно при длительности клинической смерти

1. 60-90 минут при гипотермии
2. 3-5 минут при нормотермии
3. 8-10 минут при нормотермии

**Ответ: Б**

---

**№136** К ранним признакам биологической смерти относят

1. отсутствие сознания
2. отсутствие глазных и прочих рефлексов
3. положительный симптом Белоглазова (симптом "кошачьего зрачка")
4. прямая линия на ЭКГ
5. трупное окоченение

**Ответ: В**

---

**№137** Для начала сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение

1. горизонтальное, на спине с твердой основой
2. на спине с приподнятым головным концом
3. на боку
4. на животе с повернутой головой в сторону реаниматолога
5. лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога

**Ответ: Д**

---

**№138** Преимуществом проведения ИВЛ методом "изо рта в рот" является

1. возможность применения этого метода в любых условиях
2. стимуляция дыхательного центра
3. удобство проведения для реаниматора
4. обеспечение дыхательной смеси, обогащенной кислородом
5. возможность точной регулировки параметров дыхания

**Ответ: А**

---

**№139** Закрытый массаж сердца прекращают при

1. появлении сознания
2. появлении дыхания
3. появлении сердечной деятельности
4. всегда через 30 минут после его начала

**Ответ: В**

---

**№140** Порядок оказания первичной реанимации одним спасателем

1. проведение искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца в режиме 1 дыхательное движение на 5 компрессий на грудную клетку
2. обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции легких и непрямого массажа сердца в режиме 2 дыхательных движения на 15 компрессий на грудную клетку
3. начало непрямого массажа сердца, искусственная вентиляция легких не проводится
4. искусственная вентиляция легких, внутрисердечное введение 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; начало непрямого массажа сердца в режиме 1 дыхательное движение на 15 компрессий на грудную клетку
5. искусственная вентиляция легких, непрямого массажа сердца не проводится

**Ответ: Б**

---

**№141** К элементам тройного приема Сафара для обеспечения проходимости верхних дыхательных путей не относятся

1. запрокидывание головы назад
2. приведение подбородка к груди
3. выдвигания вперед нижней челюсти
4. открытие рта

**Ответ: Б**

---

**№142** При выполнении реанимационных мероприятий двумя спасателями следует придерживаться соотношения

1. 2 вдоха + 15 компрессий
2. 3 вдоха + 18 компрессий
3. 5 вдохов + 20 компрессий
4. 1 вдох + 5 компрессий
5. 1 вдох + 4 компрессии

**Ответ: Г**

---

**№143** Внутрисердечное введение препаратов производят

1. на вдохе при ИВЛ
2. в третьем межреберье слева на 1,5 см от грудины
3. в четвертом межреберье слева на 1 см от грудины
4. по нижнему краю ребра, в шестом межреберье слева

**Ответ: В**

---

**№144** Наиболее доступной веней для катетеризации на фоне проводимого непрямого массажа сердца является

1. наружная яремная вена
2. бедренная вена
3. подключичная вена
4. локтевая вена
5. внутренняя яремная вена

**Ответ: Г**

---

**№145** В экстремальных ситуациях лекарственные препараты нецелесообразно вводить

1. внутривенно
2. под язык
3. в трахею
4. подкожно

**Ответ: Г**

---

**№146** Струйное введение препаратов кальция показано при

1. асистолии
2. электромеханической диссоциации
3. передозировке верапамила с артериальной гипотензией
4. фибрилляции желудочков
5. во всех перечисленных ситуациях

**Ответ: В**

---

**№147** Электрическая дефибрилляция сердца эффективна при регистрации на ЭКГ

1. асистолии
2. мелковолновых аритмичных осцилляции
3. крупноволновой фибрилляции желудочков
4. всех перечисленных нарушений
5. полной атрио-вентрикулярной блокады

**Ответ: В**

---

**№148** Электрическую дефибрилляцию сердца у взрослого начинают с разряда

1. 500 Дж
2. 300 Дж
3. 150 Дж
4. 200 Дж

**Ответ: Г**

---

**№149** Начальная серия электрических дефибрилляции у взрослого при сохраняющейся крупноволновой фибрилляции желудочков

1. 200 Дж, 300 Дж, 360 Дж
2. 25 Дж, 100 Дж, 300 Дж
3. 200 Дж, 300 Дж, 500 Дж
4. 50 Дж, 300 Дж, 360 Дж
5. 360 Дж, 360 Дж, 360 Дж

**Ответ: А**

---

**№150** Если на ЭКГ регистрируется мелковолновая фибрилляция желудочков, следует

1. начать закрытый массаж сердца, ввести хлористый кальций
2. ввести внутрисердечно, внутривенно или в трахею адреналин, подготовить к работе дефибриллятор, начать закрытый массаж сердца
3. ввести адреналин внутримышечно, произвести дефибрилляцию
4. после дефибрилляции ввести лидокаин внутривенно, начать закрытый массаж сердца
5. констатировать биологическую смерть

**Ответ: Б**

---

**№151** Если остановка кровообращения развилась без свидетелей и выявляется крупноволновая фибрилляция желудочков, необходимо

1. внутривенно ввести лидокаин в дозе 1 мг/кг
2. нанести удар по груди
3. провести интубацию трахеи
4. провести дефибрилляцию разрядом 300 Дж
5. ввести 1 мг адреналина внутрисердечно

**Ответ: Г**

---

**№152** Воздуховоды применимы для

1. поддержания проходимости дыхательных путей при коме
2. профилактики аспирации желудочного содержимого
3. поддержания проходимости дыхательных путей после восстановления сознания
4. профилактики рвотного рефлекса

**Ответ: А**

---

**№153** Интубацию трахеи проводят для

1. предупреждения аспирации желудочного содержимого
2. проведения ИВЛ
3. предупреждения асфиксии вследствие западения языка
4. введения лекарственных препаратов
5. всего перечисленного

**Ответ: Д**

---

**№154** Ранними осложнениями при аспирации содержимого желудка являются

1. появление хрипов, развитие асфиксии
2. бронхопневмония
3. абсцесс легкого
4. пневмоторакс

**Ответ: А**

---

**№155** Альтернативой интубации трахеи на догоспитальном этапе для поддержания проходимости дыхательных путей и защиты их от аспирации желудочного содержимого является

1. орофарингеальный воздуховод
2. назофарингеальный воздуховод
3. выполнение тройного приема Сафара
4. пищеводно-трахеальная комбинированная трубка Combitube
5. желудочный зонд

**Ответ: Г**

---

**№156** Интубация трахеи на догоспитальном этапе не показана при

1. апноэ
2. одышке более 40 дыханий в минуту
3. частоте дыхания реже 4 в минуту
4. коме различной этиологии
5. сопоре

**Ответ: Д**

---

**№157** Интубация трахеи на догоспитальном этапе не показана

1. больному в состоянии клинической смерти
2. больному с прогрессирующим отеком верхних дыхательных путей
3. больному без сознания после отравления бензодиазепинами
4. больному с неосложненным острым инфарктом миокарда

**Ответ: Г**

---

**№158** Выполнение коникотомии требуется в случае

1. выраженного отека верхних дыхательных путей при невозможности интубации трахеи
2. отека легких
3. остановки дыхания вследствие ЧМТ
4. депрессии дыхания при передозировке опиатов

**Ответ: А**

---

**№159** Наиболее частой причиной смерти при поражении переменным электрическим током является

1. асистолия
2. электромеханическая диссоциация
3. фибрилляция желудочков
4. синусовая аритмия
5. полная атриовентрикулярная блокада

**Ответ: В**

---

**№160** Пострадавший после электротравмы: в сознании, адекватен, несколько беспокоен; гемодинамика и дыхание в норме; от госпитализации отказывается. Ваша тактика

1. после беседы о возможных отсроченных осложнениях госпитализация в стационар без дополнительной диагностики
2. ЭКГ-контроль и передача под наблюдение участкового терапевта
3. лидокаин внутривенно 200 мг и передача под наблюдение участкового терапевта
4. после беседы о возможных отсроченных осложнениях проведение ЭКГ и транспортировка в стационар с постоянным ЭКГ-контролем и готовностью к антиаритмической терапии и ИВЛ
5. введение гормонов, лидокаина, ЭКГ-контроль и рекомендация при ухудшении состояния повторно вызвать бригаду скорой помощи или участкового врача

**Ответ: Г**

---

**№161** При поражении молнией наиболее часто наблюдается

1. ларингоспазм
2. фибрилляция желудочков
3. асистолия
4. анафилактический шок

**Ответ: В**

---

**№162** Для асфиксического утопления характерна

1. асистолия
2. фибрилляция желудочков
3. остановка кровообращения не происходит
4. полная атриовентрикулярная блокада
5. атриовентрикулярная блокада II степени

**Ответ: А**

---

**№163** Клинически "синкопальное" утопление характеризуется наличием

1. первичного ларингоспазма
2. атонального периода
3. первичной остановки сердца (кровообращения)
4. первичной черепно-мозговой травмы, перелома шейного отдела позвоночника
5. первичной остановки дыхания

**Ответ: В**

---

**№164** Первым неотложным мероприятием при утоплении является д] быстрое восстановление проходимости дыхательных путей и начало ИВЛ

1. тщательная санация дыхательных путей
2. закрытый массаж сердца
3. кислородотерапия
4. внутривенная инфузия адреналина

**Ответ: Д**

---

**№165** Для предупреждения постгипоксического отека головного мозга на догоспитальном этапе не показано

1. проводить оксигенотерапию
2. введение лазикса
3. введение антигипоксанта (ГОМК, реланиум)
4. введение глюкокортикоидов

**Ответ: Б**

---

**№166** К ранним признакам острой недостаточности дыхания не относится

1. одышка
2. гипертензия
3. цианоз
4. тахикардия
5. гипотензия

**Ответ: Д**

---

**№167** Увеличение доставки кислорода к тканям может быть достигнуто

1. оксигенотерапией
2. переливанием перфторанов
3. всеми перечисленными мероприятиями
4. нормализацией показателей гемодинамики
5. нормализацией функции альвеолярно-капиллярной мембраны

**Ответ: В**

---

**№168** Функция внешнего дыхания определяется

1. легочной вентиляцией
2. клеточным обменом
3. сердечным выбросом
4. количеством гемоглобина

**Ответ: А**

---

**№169** Насыщение кислородом артериальной крови резко изменяется при

1. циркуляторном типе гипоксии
2. анемическом типе гипоксии
3. гипоксическом типе гипоксии
4. тканевом типе гипоксии
5. всех типах гипоксии

**Ответ: В**

---

**№170** Гипоксическая гипоксия не развивается при

1. нарушении проходимости дыхательных путей
2. снижении сократительной способности сердца
3. уменьшении минутного объема дыхания
4. уменьшении дыхательной поверхности легких
5. уменьшении содержания кислорода во вдыхаемой смеси

**Ответ: Б**

---

**№171** Разжижению и отхождению мокроты не способствует

1. ингаляция 100% кислорода
2. увлажнение вдыхаемой смеси
3. гидратация
4. стимуляция кашля

**Ответ:** А

---

**№172** Антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен и др.) при астматическом статусе могут вызвать

1. тахикардию и мышечную дрожь
2. усиление кашлевого рефлекса
3. резкое угнетение дыхания
4. сгущение мокроты, затрудняя тем самым ее эвакуацию
5. все перечисленное

**Ответ:** Г

---

**№173** Ингаляция кислорода при астматическом статусе вызывает

1. резкое возбуждение
2. снижение возбудимости дыхательного центра и апноэ
3. тахипноэ с усилением тахикардии
4. рвоту
5. купирование статуса

**Ответ:** Б

---

**№174** При отравлении опиатами с депрессией дыхания необходимо

1. введение кордиамина
2. промывание желудка
3. введение лазикса
4. обеспечение адекватной вентиляции легких
5. ингаляция кислорода

**Ответ:** Г

---

**№175** Для купирования судорог не используются

1. барбитураты
2. седуксен
3. мышечные релаксанты
4. кофеин

**Ответ:** Г

---

**№176** Больной после повешения; спонтанное дыхание, без сознания, судороги. Наиболее целесообразной тактикой врача скорой помощи является

1. начало сердечно-легочной реанимации
2. введение противосудорожных препаратов, интубация трахеи и проведение ИВЛ на фоне миорелаксации, транспортировка в стационар
3. введение воздуховода, при возникновении судорог введение противосудорожных препаратов, транспортировка в стационар
4. введение кордиамина и кофеина
5. госпитализация без проведения дополнительных мероприятий

**Ответ:** Б

---

**№177** При снижении в крови углекислого газа происходит

1. расширение сосудов
2. сужение сосудов
3. увеличение проницаемости сосудистой стенки
4. диаметр сосуда остается без изменения

5. полный парез сосудов

**Ответ: Б**

---

**№178** Адекватное кровообращение в организме поддерживается

1. сократительной способностью миокарда
2. сосудистым тонусом
3. объемом циркулирующей крови
4. частотой сокращения сердца
5. всеми перечисленными факторами

**Ответ: Д**

---

**№179** Улучшению периферического кровообращения способствует

1. введение низкомолекулярных декстранов (реополиглюкин)
2. применение симпатомиметиков (эфедрин, мезатон, норадrenalин)
3. введение крупномолекулярных декстранов (полиглюкин)
4. введение лазикса

**Ответ: А**

---

**№180** Причиной кардиогенного шока не является

1. инфаркт миокарда
2. напряженный пневмоторакс
3. снижение венозного притока к сердцу
4. ТЭЛА
5. тампонада сердца

**Ответ: В**

---

**№181** При кардиогенном отеке легких врачу нецелесообразно

1. обеспечивать свободную проходимость дыхательных путей
2. придавать больному горизонтальное положение
3. улучшать сократительную способность миокарда
4. назначать диуретики
5. начинать инфузию нитропрепаратов

**Ответ: Б**

---

**№182** Задачей лечения кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда является

1. увеличение венозного притока, увеличение периферического сопротивления сосудов, введение кардиотоников
2. введение кардиотоников, снижение сосудистого сопротивления нитратами, проведение поддерживающей инфузионной терапии
3. на фоне массивной инфузионной терапии введение кардиотоников и нитратов
4. введение мочегонных средств, кардиотоников
5. введение нитратов, мочегонных средств

**Ответ: Б**

---

**№183** Преимущество добутамина переддопамином при острой сердечной недостаточности

1. отсутствие влияния на альфа-катехоламиновые рецепторы сосудов, в связи с чем не повышается ОПС и давление в легочной артерии
2. влияние на опиоидные рецепторы
3. выраженное влияние на альфа- и бета-катехоламиновые рецепторы
4. верно а) и б)
5. ничего из перечисленного

**Ответ: А**

---

**№184** Ведущим фактором патогенеза первой фазы инфекционно-токсического (септического) шока является

1. снижение сердечного индекса
2. снижение сосудистого тонуса (ОПСС)
3. снижение ОЦК
4. все перечисленное
5. повышение ОЦК

**Ответ: Б**

---

**№185** Ведущим фактором патогенеза второй фазы септического шока является

1. снижение сократительной способности миокарда
2. снижение сосудистого тонуса (ОПСС)
3. снижение ОЦК
4. все перечисленное
5. повышение ОЦК

**Ответ: А**

---

**№186** Оптимальная терапия первой фазы инфекционно-токсического шока

1. глюкокортикоиды, симпатомиметики
2. инфузионная терапия, глюкокортикоиды
3. антибактериальная терапия, глюкокортикоиды
4. глюкокортикоиды, инфузионная терапия, симпатомиметики
5. антибиотики, гормоны, инфузионная терапия

**Ответ: Г**

---

**№187** Оптимальная терапия второй фазы инфекционно-токсического шока

1. инфузионная терапия, глюкокортикоиды, дофамин, антибиотикотерапия
2. инфузионная терапия, глюкокортикоиды, супрастин
3. инфузионная терапия, глюкокортикоиды, лазикс
4. антибиотикотерапия, дофамин, инфузионная терапия
5. дофамин, антибиотикотерапия

**Ответ: Г**

---

**№188** Сульфокамфокаин противопоказан при повышенной чувствительности к

1. анальгину
2. сульфаниламидам
3. новокаину
4. аспирину
5. морфину

**Ответ: В**

---

**№189** При аллергической реакции на эуфиллин противопоказан

1. супрастин
2. гидрокортизон
3. адреналин
4. атропин
5. гемодез

**Ответ: А**

---

**№190** При аллергической реакции на йод в анамнезе больному противопоказан

1. обзидан
2. кордарон
3. коринфар
4. верапамил (изоптин)
5. все перечисленные препараты

**Ответ: Б**

---

**№191** При внезапном понижении АД после введения пенициллина применяют

1. супрастин
2. кордиамин
3. адреналин
4. кортикостероиды
5. прозерин

**Ответ: В**

---

**№192** Молниеносная форма анафилактического шока характеризуется

1. атональным дыханием, резким падением артериального давления, развитием симптомов острого неэффективного сердца в течение 2-3 минут
2. удушьем, жаром, страхом, нитевидным пульсом
3. крапивницей, отеком Квинке, кожным зудом
4. мгновенной остановкой сердца и дыхания на введение аллергена
5. головной болью, слабостью, одышкой, тахикардией

**Ответ: А**

---

**№193** При анафилактическом шоке показано

1. внутривенное введение адреналина, больших доз кортикостероидов, инфузионная терапия, при бронхоспазме - эуфиллин, поддержание адекватного дыхания
2. внутривенно глюконат кальция и супрастин
3. внутримышечно адреналин, кофеин-бензоат натрия и кордиамин
4. внутривенно глюкокортикоиды и интубация трахеи для снятия бронхоспазма
5. в/в супрастин и кортикостероидные гормоны

**Ответ: А**

---

**№194** При гипергликемической коме тонус глазных яблок при пальпации

1. повышен
2. обычный
3. снижен
4. не определяется
5. может быть любым из перечисленного

**Ответ: В**

---

**№195** Гиповолемический шок не характерен при

1. анафилаксии
2. ожогах
3. острой кровопотере
4. гипертермии

**Ответ: А**

---

**№196** Шоковый индекс Аллговера - это

1. отношение ЧСС к систолическому АД
2. отношение ЧСС к диастолическому АД
3. отношение АД к ЧСС
4. соотношение МОК и ОПС
5. соотношение ОПС и МОК

**Ответ: А**

---

**№197** Шоковый индекс Аллговера при нормоволемии равен

1. 0,1
2. 0,5
3. 1,0
4. 1,5Д) 2,0

**Ответ: Б**

---

**№198** Шоковый индекс при острой кровопотере с дефицитом ОЦК 20-30% равен

1. 0,5
2. 0,75
3. 1,0
4. 1,5
5. 2,0

**Ответ: В**

---

**№199** У больного во время острой кровопотери до 10% ОЦК

1. изменения гемодинамики отсутствуют
2. пульс учащается на 20%
3. понижается систолическое АД
4. понижается диастолическое АД
5. повышается диастолическое АД

**Ответ: А**

---

**№200** При острой кровопотере при возникновении дефицита ОЦК 15-20%

1. изменения показателей АД отсутствуют
2. понижается систолическое АД
3. понижается диастолическое АД
4. увеличивается пульсовое артериальное давление

**Ответ: Б**

---

**№201** При острой кровопотере систолическое АД снижается при дефиците ОЦК

1. до 10%
2. более 15%
3. более 20%
4. более 30%
5. систолическое АД не зависит от объема кровопотери

**Ответ: Б**

---

**№202** Тахикардия при острой кровопотере проявляется при увеличении дефицита ОЦК

1. до 10%
2. более 15%
3. более 20%
4. более 30%
5. тахикардия при острой кровопотери отсутствует

**Ответ: Б**

---

**№203** К возникновению гиповолемического шока I степени приводит потеря ОЦК

1. 1%
2. 5%
3. 10%+γ) 20%

**Ответ: Г**

---

**№204** Для шока I степени характерно систолическое АД

1. ниже 60 мм рт. ст.
2. 60-80 мм рт. ст.
3. 80-90 мм рт. ст.
4. 100-120 мм рт. ст.
5. 120-140 мм рт. ст.

**Ответ: В**

---

**№205** Для шока II степени характерно систолическое АД

1. ниже 60 мм рт. ст.
2. 60-80 мм рт. ст.
3. 90-100 мм рт. ст.
4. 100-120 мм рт. ст.
5. 120-140 мм рт. ст.

**Ответ: Б**

---

**№206** Для шока III степени характерно систолическое АД

1. ниже 60 мм рт. ст.
2. 60-80 мм рт. ст.
3. 90-100 мм рт. ст.
4. 100-120 мм рт. ст.
5. 120-140 мм рт. ст.

**Ответ: А**

---

**№207** При острой кровопотере почасовой диурез уменьшается при дефиците ОЦК

1. до 10%
2. более 15%
3. более 20%
4. более 30%
5. более 40%

**Ответ: В**

---

**№208** Интенсивная терапия на ранних этапах лечения гиповолемического шока направлена на

1. восстановление ОЦК
2. улучшение сократительной способности миокарда
3. улучшение реологических свойств крови
4. дегидратацию
5. все перечисленное

**Ответ: А**

---

**№209** При травматическом шоке не применяются

1. наркотические анальгетики
2. барбитураты
3. ненаркотические анальгетики
4. транквилизаторы
5. местные анестетики

**Ответ: Б**

---

**№210** Увеличение скорости восполнения ОЦК при геморрагическом или травматическом шоке может достигаться

1. катетеризацией периферической вены катетером не менее 18G
2. катетеризацией нескольких вен
3. проведением инфузии под давлением
4. увеличением высоты расположения флакона с инфузионным раствором
5. всеми перечисленными факторами

**Ответ: Д**

---

**№211** Объем внутривенной инфузии при геморрагическом или травматическом шоке должен составлять на догоспитальном этапе не менее

1. 100% предполагаемой кровопотери
2. 150-200% предполагаемой кровопотери
3. 25-50% предполагаемой кровопотери
4. инфузионная терапия не обязательна

5. более 300% предполагаемой кровопотери

**Ответ: А**

---

**№212** Для восполнения кровопотери при травматическом или геморрагическом шоке на догоспитальном этапе применимы следующие инфузионные растворы

1. 0,9%-ный раствор NaCl
2. 7,5%-ный раствор NaCl
3. раствор гидроксиэтилкрахмала
4. полиглюкин
5. все перечисленные

**Ответ: Д**

---

**№213** Объемное соотношение переливаемых кристаллоидных и коллоидных растворов при острой кровопотере более 2 литров должно составлять

1. коллоидные препараты не применяются
2. 2:1
3. 1:1
4. 1:2
5. кристаллоидные препараты не применяются

**Ответ: В**

---

**№214** Объемное соотношение переливаемых кристаллоидных и коллоидных растворов при острой кровопотере до 2 литров должно составлять

1. коллоидные препараты не применяются
2. 2:1
3. 1:1
4. 1:2
5. кристаллоидные препараты не применяются

**Ответ: Б**

---

**№215** Для легкой степени перегревания не характерно

1. удовлетворительное состояние больных
2. нормальная температура тела
3. кожа гиперемированная, влажная, температура тела повышенная
4. тахикардия
5. нормальное артериальное давление

**Ответ: В**

---

**№216** Для значительной степени перегревания нехарактерно

1. сильная головная боль
2. тошнота, рвота
3. кожа гиперемированная, влажная
4. повышенная (до 39-40°C) температура тела, одышка до 40 в минуту
5. сухая кожа, теплая на ощупь

**Ответ: Д**

---

**№217** Для тяжелой степени перегревания характерно

1. снижение артериального давления
2. все верно
3. кожа гиперемированная, сухая
4. температура тела выше 40°C, возбуждение или кома
5. учащенное поверхностное дыхание, возможно апноэ

**Ответ: Б**

---

**№218** Лечебная тактика при значительной и тяжелой степени перегревания включает

1. физические методы охлаждения и/или внутривенное введение литической смеси
2. внутривенное введение кристаллоидов
3. противосудорожные препараты
4. госпитализацию
5. все перечисленное

**Ответ:** Д

---

**№219** Для легкой стадии общего охлаждения (замерзания) характерны

1. наличие скрытого периода, тахикардия, гипертензия, "гусиная кожа"
2. заторможенность, бледность кожи, способность к самостоятельному движению, мышечная дрожь, умеренная брадикардия (до 60-70 ударов/мин), стабильность АД
3. заторможенность, периодически эйфория, брадипноэ, тахикардия, снижение АД
4. возбуждение, снижение температуры до 36 °С, "гусиная кожа", гипотония
5. сопор, гипотермия до 34-35°С, брадикардия, гипотония, брадипноэ

**Ответ:** Б

---

**№220** Для средней степени переохлаждения характерны

1. заторможенность, мышечная дрожь, тахипноэ, тахикардия, судороги
2. спутанность сознания, "мраморная" кожа, поза "скрючившегося человека", брадипноэ, брадикардия, гипотония
3. сопор, бледность кожных покровов, судороги, гипотония, тахипноэ
4. спутанность сознания, возбуждение, бледность кожных покровов, брадипноэ, гипотония
5. сопор, "мраморная" кожа, тахикардия, гипотония, брадипноэ

**Ответ:** Б

---

**№221** Для тяжелой степени переохлаждения характерны

1. сопор-кома, судороги, холодная синюшная кожа, брадипноэ, гипотония, тризм жевательной мускулатуры, нитевидный пульс
2. кома, адинамия, "мраморная" кожа, гипотония, тахикардия, брадипноэ
3. сопор-кома, адинамия, гипертензия, тахикардия, брадипноэ
4. сопор-кома, возбуждение, гиперпноэ, тахикардия, гипотония
5. спутанное сознание, холодная кожа, тахикардия, гипотония, брадипноэ

**Ответ:** А

---

**№222** Лечебная тактика при различной степени общего переохлаждения включает

1. согревание теплым сухим воздухом или одеялами
2. внутривенное введение подогретых растворов кристаллоидов
3. поддержание жизненно важных функций (дыхание, кровообращение)
4. госпитализацию
5. все перечисленное

**Ответ:** Д

---

**№223** Площадь ожога головы и шеи составляет

1. 5%
2. 9%
3. 12%
4. 15%
5. 18%

**Ответ:** Б

---

**№224** Площадь поражения передней (задней) поверхности туловища составляет

1. 9%
2. 15%
3. 18%

4. 20%

5. 5%

**Ответ: В**

---

**№225** Площадь поражения верхней конечности составляет

1. 5%

2. 9%

3. 10%

4. 18%

5. 22%

**Ответ: Б**

---

**№226** К глубоким относятся ожоги

1. I стадии

2. IV стадии

3. II стадии

4. IIIа стадии

**Ответ: Б**

---

**№227** Для ожога II степени характерно

1. гиперемия кожи

2. отслойка эпидермиса - образование пузырей

3. гибель всех слоев дермы

4. некроз кожи

5. поражение кожи до ростковой зоны

**Ответ: Б**

---

**№228** Для ожога IIIа степени характерна

1. отслойка эпидермиса с образованием пузырей

2. омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез

3. некроз всех слоев дермы

4. некроз кожи и расположенных под ней тканей

5. гиперемия, отек кожи

**Ответ: Б**

---

**№229** Для ожога IIIб степени характерно

1. отслойка эпидермиса

2. омертвление поверхностных слоев кожи

3. некроз всех слоев дермы

4. некроз кожи и расположенных под ней тканей

5. гиперемия, отек кожи

**Ответ: В**

---

**№230** Показаниями к госпитализации больных с ожогами являются

1. глубокие ожоги любой площади или поверхностные более 10% поверхности кожи

2. подозрение на ожог верхних дыхательных путей

3. электроожоги

4. ожоги 10%, локализующиеся на лице, стопах, промежности

5. все перечисленные

**Ответ: Д**

---

**№231** Для ожогового шока характерно

1. гиперволемия

2. гиповолемия

3. нормоволемия

**Ответ: Б**

---

**№232** Ожог верхних дыхательных путей соответствует ожогу поверхности тела

1. 5%
2. 10%
3. 15%
4. 20%
5. 35%

**Ответ: В**

---

**№233** При легкой степени ожогового шока площадь поражения

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

**Ответ: Б**

---

**№234** При тяжелой степени шока площадь глубокого ожога составляет

1. 5-10%
2. 15-20%+в) 20-40%
3. 40-50%
4. свыше 50%

**Ответ: Д**

---

**№235** При крайне тяжелой степени ожогового шока площадь глубокого ожога составляет

1. 5-10%
2. 10-20%
3. 20-30%
4. 30-40%
5. свыше 40%

**Ответ: Д**

---

**№236** При обработке ожоговой поверхности не следует

1. охлаждать ее холодной проточной водой, пузырями со льдом, снегом
2. накладывать асептическую повязку, смоченную раствором новокаина или оборачивать стерильной простыней без обработки
3. использовать спрей, содержащий водорастворимые анестетики, антисептики
4. использовать спрей, содержащий масляные растворы анестетиков, антисептиков

**Ответ: Г**

---

**№237** Уровень сознания при крайне тяжелом ожоговом шоке

1. сознание сохранено
2. сознание спутанное (сомноленция)
3. сопор
4. поверхностная кома
5. глубокая (запредельная) кома

**Ответ: А**

---

**№238** Догоспитальная тактика ведения пострадавших с ожоговым шоком

1. обезболивание, инфузионная терапия, местная обработка ожога, кортикостероиды, согревание (грелки, одежда), госпитализация
2. обезболивание, инфузионная терапия, местная обработка ожога с охлаждением, оксигенотерапия, госпитализация

3. местная обработка ожога, обезболивание, госпитализация
4. инфузионная терапия, местная обработка ожога, госпитализация
5. обезболивание, инфузионная терапия, госпитализация

**Ответ: Б**

---

**№239** Антидот при ожогах алюминийорганическими соединениями

1. слабые кислоты
2. 20%-ный раствор глюкозы (сироп)
3. бензин, керосин
4. 40-70 %-ный этиловый спирт
5. сульфат меди, марганцевокислый калий

**Ответ: В**

---

**№240** Антидот при обработке ожоговой поверхности от негашеной извести

1. слабые кислоты
2. 20%-ный раствор глюкозы (сироп)
3. бензин, керосин
4. 40-70%-ный этиловый спирт
5. сульфат меди, марганцевокислый калий

**Ответ: Б**

---

**№241** Антидот при обработке ожоговой поверхности от соединений фосфора

1. слабые кислоты
2. 20%-ный раствор глюкозы (сироп)
3. бензин, керосин
4. 40-70%-ный этиловый спирт
5. сульфат меди, марганцевокислый калий

**Ответ: Д**

---

**№242** Антидот при обработке ожоговой поверхности от соединений фенола

1. слабые кислоты
2. 20%-ный раствор глюкозы (сироп)
3. бензин, керосин
4. 40-70%-ный этиловый спирт
5. сульфат меди, марганцевокислый калий

**Ответ: Г**

---

**№243** Выберите правильное определение. ВИЧ-инфекция - это:

1. синдром приобретенного иммунодефицита человека
2. заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека
3. медленно прогрессирующий дефект иммунной системы человека

**Ответ: Б**

---

**№244** Международное обозначение синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД):

1. SIDA
2. HIV
3. AIDS
4. LAV

**Ответ: В**

---

**№245** В течение какого времени сохраняются активные свойства ВИЧ в высохшей капле крови при комнатной температуре:

1. в течение 7-10 дней
2. инактивируется в течение 48 часов
3. гибнет в течение нескольких минут

4. в течение месяца

**Ответ: А**

---

**№246** Время сохранения активных свойств ВИЧ в крови и другой жидкой среде (в условиях комнатной температуры):

1. 15 дней
2. 3 месяца
3. более года
4. 6 месяцев

**Ответ: А**

---

**№247** Основными методами лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в РФ являются:

1. полимеразная цепная реакция (ПЦР)
2. иммуноферментный анализ (ИФА)
3. высев вируса в культуру
4. реакция иммунного блотинга (ИБ)

**Ответ: Б,Г**

---

**№248** Методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции основываются на исследовании:

1. иммунного статуса
2. сыворотки крови на наличие вируса
3. сыворотки крови на наличие антигенов ВИЧ
4. Сыворотки крови на наличие антител к ВИЧ

**Ответ: Г**

---

**№249** Какой метод лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции применяется на 1 этапе?

1. полимеразная цепная реакция
2. иммуноферментный анализ
3. иммунный блотинг
4. иммунофлюоресценции

**Ответ: Б**

---

**№250** Что определяют методом иммунного блотинга?

1. вирусы иммунодефицита человека
2. антитела к отдельным белкам ВИЧ
3. суммарные антитела к ВИЧ
4. иммунный статус

**Ответ: Б**

---

**№251** Методом иммуноферментного анализа определяют:

1. вирусы иммунодефицита человека
2. антитела к отдельным белкам ВИЧ
3. суммарные антитела к ВИЧ
4. иммунный статус

**Ответ: В**

---

**№252** Доставка материала в лабораторию для исследования на ВИЧ осуществляется:

1. в специальном контейнере-биксе с маркировкой "Осторожно, AIDS"
2. в специальном контейнере-биксе без маркировки
3. только медицинским работником
4. допускается доставка больными или его родственниками в опломбированном контейнере-биксе

**Ответ: А,В**

---

**№253** Максимальный срок хранения крови, предназначенной для исследования на ВИЧ, при комнатной температуре:

1. 3 часа
2. 12 часов
3. 24 часа
4. 48 часов

**Ответ: Б**

---

**№254** Максимальный срок хранения крови, предназначенной для исследования на ВИЧ, в холодильнике при температуре от +4 до +8 град.С:

1. 3 часа
2. 12 часов
3. 24 часа
4. 48 часов

**Ответ: В**

---

**№255** Антитела к ВИЧ у ВИЧ-инфицированных наиболее часто определяются:

1. через 1 месяц после инфицирования
2. через 6 месяцев после инфицирования
3. в течение 1-2 недели после заражения
4. через 3 месяца после заражения

**Ответ: Г**

---

**№256** Минимальное количество крови достаточное для лабораторного исследования на наличие антител к ВИЧ:

1. 7-10 мл
2. 3-5 мл
3. 1-2 мл
4. 10-5 мл

**Ответ: Б**

---

**№257** В каких биологических жидкостях ВИЧ-инфицированного содержится достаточная для заражения концентрация возбудителя:

1. кровь
2. слюна
3. сперма
4. вагинальный секрет
5. грудное молоко

**Ответ: А,В,Г,Д**

---

**№258** Пути передачи ВИЧ-инфекции:

1. половой
2. парентеральный
3. алиментарный
4. вертикальный

**Ответ: А,Б,Г**

---

**№259** Кто является источником ВИЧ-инфекции:

1. приматы
2. гомосексуалисты
3. ВИЧ-инфицированные
4. больные СПИДом

**Ответ: В,Г**

---

**№260** ВИЧ-инфицированные являются контагиозными:

1. на всех стадиях заболевания за исключением инкубационного периода
2. на всех стадиях заболевания
3. только на стадии вторичных заболеваний

**Ответ: Б**

---

**№261** Наибольшую эпидемическую значимость имеют ВИЧ-инфицированные в стадии:

1. инкубации
2. первичных проявлениях
3. латентной стадии
4. вторичных заболеваниях
5. терминальной стадии

**Ответ: А,Б,В**

---

**№262** Укажите контингенты лиц, у которых наиболее высок риск заражения ВИЧ-инфекцией:

1. реципиенты крови
2. гомосексуалисты
3. наркоманы
4. проститутки
5. беременные

**Ответ: Б,В,Г**

---

**№263** Возможно ли рождение здорового ребенка от ВИЧ-инфицированной матери:

1. да, возможно
2. нет, невозможно

**Ответ: А**

---

**№264** Рекомендуется ли ВИЧ-инфицированным женщинам отказаться от рождения детей:

1. нет, оснований для отказа
2. да, вероятность инфицирования плода (ребенка) велика, беременность и роды неблагоприятно воздействуют на течение ВИЧ-инфекции

**Ответ: Б**

---

**№265** Какие из перечисленных насекомых могут передавать вирус иммунодефицита человека:

1. клещи
2. комары
3. клопы
4. через укусы насекомых не передается

**Ответ: Г**

---

**№266** Минимальное количество крови, содержащее достаточную для заражения концентрацию ВИЧ:

1. 0,1 мл
2. 0,5 мл
3. 1,0 мл
4. 0,0001 мл

**Ответ: А**

---

**№267** Средняя продолжительность инкубационного периода:

1. 1 неделя
2. 2 недели
3. 3 месяца
4. 6 месяцев и более

**Ответ: В**

---

**№268** Показанием для обследования на ВИЧ является выявление у больного таких заболеваний, как:

1. гонорея
2. генитальный герпес
3. крупозная пневмония
4. вирусный гепатит В,С

**Ответ:** А,Б,Г

---

**№269** Каковы наиболее частые причины смерти при СПИДе?

1. заболевания крови и ЦНС
2. туберкулез, листериоз
3. оппортунистические заболевания

**Ответ:** В

---

**№270** Назовите наиболее ранние клинические проявления, наблюдаемые у большинства ВИЧ-инфицированных?

1. лимфогранулематоз
2. потеря веса
3. повышение температуры, лимфаденопатия

**Ответ:** В

---

**№271** Какие заболевания являются наиболее частыми маркерами СПИДа?

1. токсоплазмоз, листериоз, прогредиентные заболевания ЦНС
2. пневмоцистная пневмония, лимфома мозга, саркома Капоши
3. длительно текущие заболевания органов женской репродуктивной системы неясного генеза

**Ответ:** Б

---

**№272** Наиболее частые оппортунистические заболевания у больных СПИДом?

1. пневмоцистоз, саркома Капоши, туберкулез
2. криптококкоз, стронгилоидоз
3. листериоз

**Ответ:** А

---

**№273** Какие наиболее ранние клинические проявления у большинства ВИЧ-инфицированных?

1. потеря веса, диарея
2. лимфогранулематоз
3. острая лихорадка, лимфаденопатия

**Ответ:** В

---

**№274** Особенности ВИЧ-инфекции у детей:

1. частое развитие саркомы Капоши
2. более медленное, чем у взрослых, прогрессирование болезни
3. частое возникновение рецидивирующих бактериальных инфекций
4. частое развитие энцефалопатии

**Ответ:** В,Г

---

**№275** Оппортунистическая инфекция, возникающая в начальной стадии иммунодефицита:

1. токсоплазмоз ЦНС
2. лимфома головного мозга
3. пневмоцистная пневмония
4. кандидоз пищевода

**Ответ:** В

---

**№276** Для ВИЧ-инфекции характерны:

1. потеря массы тела свыше 10% от исходной
2. лимфаденопатия
3. диарея, длящаяся более 1 месяца
4. лихорадка, длящаяся более 1 месяца

**Ответ:** А,Б,В,Г

---

**№277** Противоретровирусная терапия с помощью азидотимидина направлена на:

1. уничтожение варианта вируса в крови
2. уничтожение вируса в клетке
3. подавление репликации ВИЧ
4. уничтожение провируса

**Ответ:** В

---

**№278** Обязательному медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции согласно Постановлению Правительства РФ от 04.09.1995г. № 877 подлежат:

1. больные венерическими заболеваниями
2. доноры крови
3. доноры биологических жидкостей, органов, тканей
4. медицинские работники, имеющие непосредственный контакт с ВИЧ-инфицированными
5. все медицинские работники, имеющие контакт с кровью и другими биологическими жидкостями

**Ответ:** Б,В,Г

---

**№279** Порядок освидетельствования на ВИЧ медицинских работников, имеющих контакт с ВИЧ-инфицированными:

1. при поступлении на работу, далее - 1 раз в квартал
2. при поступлении на работу, далее - по показаниям
3. при поступлении на работу, в далее - во время периодических осмотров

**Ответ:** В

---

**№280** Медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции в РФ проводится:

1. добровольно
2. в принудительном порядке для отдельной категории лиц
3. в обязательном порядке для отдельной категории лиц

**Ответ:** А,В

---

**№281** Разрешается ли проходить анонимное медицинское освидетельствование на ВИЧ в Российской Федерации:

1. да
2. только для отдельной категории населения
3. нет

**Ответ:** А

---

**№282** Медицинское освидетельствование доноров на выявление ВИЧ-инфекции проводятся:

1. при каждом взятии донорского материала
2. при отсутствии данных о проведенных ранее обследованиях
3. в обязательном порядке
4. добровольно, по согласованию с донором

**Ответ:** А,В

---

**№283** Срок действия сертификата об обследовании на ВИЧ-инфекцию:

1. 3 месяца

2. 6 месяцев
3. 9 месяцев

**Ответ: Б**

---

**№284** Порядок медицинского освидетельствования на ВИЧ-беременных:

1. при взятии на учет и в 36 недель беременности
2. при взятии на учет и при поступлении в родильное отделение
3. только в случае забора абортной и плацентарной крови

**Ответ: В**

---

**№285** В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящиеся на территории России, они подлежат:

1. изоляции от окружающих
2. депортацию из РФ
3. обязательному лечению в стационаре

**Ответ: Б**

---

**№286** Укажите заболевания, при которых необходимо обследование больных на ВИЧ-инфекцию:

1. саркома Капоши
2. гепатит А
3. токсоплазмоз ЦНС
4. пневмоцистная пневмония
5. анемии

**Ответ: А,В,Г,Д**

---

**№287** Периодичность обследования на ВИЧ, лиц, страдающих наркоманией с внутривенным введением наркотиков, состоящих на учете в наркодиспансере:

1. 1 раз в 12 месяцев до снятия с учета
2. 1 раз в 6 месяцев до снятия с учета
3. 1 раз в 3 месяца до снятия с учета

**Ответ: Б**

---

**№288** Подлежат ли обследованию на ВИЧ жители России после возвращения из-за рубежа?

1. в случае пребывания за рубежом 3 месяца и более
2. нет, не подлежат
3. только добровольно, в любые сроки, по желанию пациента

**Ответ: В**

---

**№289** При поступлении в стационар пациента, серопозитивного в ИФА на ВИЧ необходимо:

1. сообщить по телефону в областной центр по профилактике и борьбе со СПИД
2. провести маркировку медицинской документации как ВИЧ-инфицированному
3. провести маркировку медицинской документации как носителя HbSAg
4. в случае госпитализации поместить в отдельную палату
5. обеспечить соблюдение противоэпидемического режима согласно Приказа МЗ от 12.07.89г. № 408

**Ответ: А,В,Г,Д**

---

**№290** При оказании амбулаторной медицинской помощи, серопозитивному в ИФА на ВИЧ, необходимо:

1. провести маркировку медицинской документации как ВИЧ-инфицированному
2. провести маркировку медицинской документации как носителя HbsAg
3. лечебно-диагностическая помощь оказывается как и остальным пациентам в порядке очереди

4. лечебно-диагностическая помощь оказывается в последнюю очередь, после выполнения всех запланированных исследований на этот день

**Ответ:** Б,Г

---

**№291** ВИЧ-инфицированным оказывается:

1. только неотложная медицинская помощь
2. оказываются все виды медицинской помощи только в инфекционном стационаре
3. оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи в любом медицинском учреждении

**Ответ:** В

---

**№292** Рекомендуются ли медицинской сестре (фельдшеру) сообщить пациенту о положительном результате анализа на ВИЧ:

1. да, в целях своевременного отстранения от всех видов донорства
2. нет, для исключения суицидальных действий и развития спидофобии
3. да, с целью своевременного принятия мер предосторожности по отношению к членам семьи, окружающим
4. нет, так как медицинские работники обязаны сохранять эти сведения в тайне
5. сообщение результатов лабораторных исследований не входит в обязанности сестринского персонала

**Ответ:** Д

---

**№293** Какой порядок обследования на ВИЧ установлен для больных вирусным гепатитом В, С?

1. при подозрении на заболевание
2. в течение года - ежеквартально
3. при постановке диагноза
4. через 6 месяцев после начала заболевания

**Ответ:** В,Г

---

**№294** Порядок обработки кожи при уколах и порезах инструментом, соприкасавшейся с кровью пациента (согласно приказу МЗ РФ от 17.08.94г. № 170):

1. выдавить из ранки кровь, обработать 2-кратно в течение 2-х минут 70% этиловым спиртом, края раны обработать 5% спиртовым раствором йода
2. выдавить из раны кровь и обработать её 6% раствором перекиси водорода
3. выдавить из ранки кровь и обработать её 5% спиртовым раствором йода

**Ответ:** А

---

**№295** При вертикальном пути заражения чаще всего происходит:

1. трансплацентарно
2. перинатально (во время родов)
3. постнатально (при грудном вскармливании)

**Ответ:** Б

---

**№296** Медицинский работник, отвечающий за определение "кода" обследуемого контингента:

1. врач, назначающий обследование
2. главный врач
3. медицинская сестра
4. лаборант

**Ответ:** А

---

**№297** Перечень работников отдельных профессий, учреждений и организаций, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах:

1. медицинские работники, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека
2. медицинские работники, имеющие контакт с кровью, работники ДДУ, торговли, проводники, работники милиции и др.
3. работники лабораторий, дипломаты, военнослужащие, работники органов внутренних дел

**Ответ: А**

---

**№298** Действия медицинского работника в случае загрязнения неповрежденных кожных покровов кровью:

1. обработать тампоном, смоченным 70 град. спиртом, затем промыть проточной водой с мылом и вновь обработать 70 град. спиртом
2. кровь смыть под струёй проточной воды с последующим мытьем с мылом
3. кровь смыть под струёй проточной воды с последующей обработкой 1% раствором йода

**Ответ: А**

---

**№299** Действия медицинского работника при попадании крови на слизистые оболочки глаз:

1. закапать 0,05% раствор марганцевокислого калия или 1% раствор борной кислоты
2. промыть 0,05% раствором марганцевокислого калия, закапать 1% раствор альбумида
3. промыть 0,5% раствором марганцевокислого калия
4. промыть проточной водой, затем 0,5% раствором марганцевокислого калия
5. обильно промыть водой, закапать 1% раствор протаргола

**Ответ: А**

---

**№300** Действия медицинского работника при попадании крови на слизистые оболочки рта:

1. прополоскать рот и горло 0,05% раствором марганцевокислого калия или 70 градусным спиртом
2. прополоскать 0,0
3. прополоскать проточной водой, затем 96 градусным спиртом

**Ответ: А**

### **Перечень ситуационных задач.**

#### **Задача 1.**

Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется "штыкообразная" деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.

1. Перелом правой лучевой кости в типичном месте.
2. Произвести рентгенографию правого лучезапястного сустава в двух проекциях и определить характер перелома и смещение костных отломков - перелом Коллеса (разгибательный) или Смита (сгибательный).
3. Необходимо выполнить местную анестезию. Для этой цели ввести 10-15 мл 1 % раствора новокаина между костными отломками.
4. После анестезии следует произвести закрытую ручную репозицию отломков.
5. На предплечье и кисть наложить две гипсовые лонгеты: с тыльной стороны - от пястно-фаланговых сочленений до локтевого сустава, и по ладонной поверхности - от дистальной ладонной складки до в/з предплечья. Лонгету фиксировать мягким бинтом к руке. Срок иммобилизации - 4-6 недель.

#### **Задача 2.**

Ныряльщик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых

отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

1. Неосложненный компрессионный перелом тела 5 шейного позвонка.
2. Для уточнения диагноза следует произвести рентгенологическое исследование и магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника.
3. При обследовании пострадавшего обратить внимание на сохранение чувствительности и движений в верхних и нижних конечностях, для исключения повреждения спинного мозга.
4. На шите с валиком под спину до основания шей.
5. После выяснения характера перелома лечение осуществлять с помощью петли Глиссона. Для этого пострадавшего уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрацем. Головной конец кровати приподнять. Под спину до основания шеи подложить валик. После репозиции (через 5-7 дней) вытяжение заменить на гипсовый корсет с воротником. Следить что бы не было пролежней. Рекомендовать занятия физкультурой.

### Задача 3.

Ранен пулей в грудь справа. Появились значительный кашель с кровянистой мокротой, нарастающая одышка. Кожные покровы цианотичны. Холодный пот. Дыхание значительно затруднено. Пульс 120 в минуту. На уровне 3-го ребра справа по средней ключичной линии имеется рана размером 1x1 см, у нижнего угла правой лопатки вторая рана размером 2,5x2,0 см. Подкожная эмфизема распространяется на шею, лицо, живот. Глаза открыты не может из-за эмфиземы век. Перкуторно сердечная тупость значительно смещена влево.

1. Диагноз: сквозное пулевое проникающее ранение правой половины грудной клетки с повреждением легкого; напряженный пневмоторакс; выраженная дыхательная недостаточность.
2. Первая помощь: асептическая повязка на обе раны; подкожно промедол из шприц-тюбика; таблетированные антибиотики; вынос в полусидячем положении, под верхнюю часть туловища подкладывают скатку шинели, вещмешок.
3. В МПП: пункция плевральной полости во втором межреберье спереди широкой иглой; правосторонняя вагосимпатическая блокада; внутримышечно 1 мл 2% раствора промедола; антибиотики, 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно; оксигенотерапия.
4. В ОМЕДБ: плевроцентез во втором межреберье спереди, подводный плевральный дренаж; оксигенотерапия; вагосимпатическая блокада; наркотики, антибиотики; противошоковая терапия.
5. Эвакуация в полусидячем положении на носилках в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз.

### Задача 4.

Больная М., 23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в травматологический пункт. При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме, в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больная полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль.

1. Повреждение большеберцовой коллатеральной (внутренней боковой) связки правого коленного сустава. Гемартроз.
2. Транспортная лестничная шина от нижней трети голени до в/з бедра.
3. Пункция правого коленного сустава, удаление излившейся крови под местной анестезией 1-2% р-ром новокаина 20,0. Задняя гипсовая лонгета.

4. Функциональные стрессовые рентгенограммы коленных суставов.
5. Иммобилизация гипсовым тутором на срок до 6 недель или оперативное лечение – восстановление поврежденной связки.

#### **Задача 5.**

Ранен осколком снаряда в грудь. Дыхание затруднено. Одышка. Кровохарканье. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 110 в минуту. На уровне 4 ребра по боковой поверхности правой половины грудной клетки имеется рана размером 3x4 см, которая в момент вдоха присасывает воздух. При кашле из-под повязки выделяется пенная кровь.

1. Диагноз: слепое осколочное ранение правой половины грудной клетки с повреждением легкого и открытым пневмотораксом.
2. Первая врачебная и доврачебная помощь: герметизирующая асептическая повязка; подкожно промедол из шприц-тюбика; таблетированные антибиотики; вынос в полусидячем положении на носилках.
3. В МПП: замена окклюзионной повязки; внутримышечно 1 мл 2% раствора промедола; вагосимпатическая блокада справа; ингаляции кислорода, антибиотики, 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно; эвакуация в первую очередь в полусидячем положении.
4. В ОМЕДБ: в перевязочной – подкожно промедол, ушивание открытого пневмоторакса, антибиотики в окружающие рану ткани; дренирование плевральной полости в восьмом межреберье; внутривенное вливание полиглюкина.
5. Эвакуация в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз.

#### **Задача 6.**

Во время взрыва, полковник М., получил удар твердым предметом по голове. Кратковременно терял сознание. Испытывает умеренную тошноту. В лобно-теменной области справа - обширный кровоподтек, ссадины. Заторможен, вял. Жалобы на сильную головную боль; пульс 60 уд. в мин., напряжен. Повторная рвота. Анизокория, правый зрачок шире. Сухожильные рефлексy справа снижены.

1. Диагноз: закрытая травма мозга. Нарастающая внутричерепная гематома.
2. Первая помощь: вынос с поля боя.
3. В МПП: внутримышечно 1 мл 10% раствора кофеина.
4. В ОМЕДБ: срочная трепанация черепа по жизненным показаниям (удаление гематомы, перевязка сосуда); госпитализация на 3 недели.
5. Эвакуация вне очереди, положение головы на боку, на скатке шинели.

#### **Задача 7.**

Женщина стояла у закрытой двери. Внезапно дверь быстро распахнулась и ударила ее по выпрямленным напряженным пальцам левой кисти. В результате травмы ногтевая фаланга III пальца резко согнулась и как бы "повисла". В ближайшее время после травмы пациентка обратилась в травматологический пункт. Объективно: на тыльной поверхности III пальца левой кисти в дистальном межфаланговом суставе имеется небольшой отек, при пальпации умеренно болезнен. Ногтевая фаланга согнута и самостоятельно не разгибается. Пассивные движения сохранены.

1. Разрыв сухожилия разгибателя III пальца левой кисти.
2. Рентгенографию III пальца левой кисти следует произвести для исключения отрыва сухожилия с костным фрагментом.
3. Так как концы сухожилия разгибателя при данной локализации повреждения не расходятся, лечение будет осуществляться без оперативного вмешательства, путем фиксации ногтевой фаланги пальца в положении переразгибания.
4. На место повреждения с ладонной поверхности наложить гипсовую лонгету. Ногтевая фаланга должна находиться в положении переразгибания.
5. Имобилизацию следует выдержать 4 недели. После снятия гипсовой лонгеты разработку дистального межфалангового сустава следует проводить осторожно.

#### **Задача 8.**

Ранен пулей в левое бедро. Рана умеренно кровоточит. Сразу упал, на ногу встать не может. Бедро укорочено, деформировано. Общее состояние тяжелое. Бледен. Пульс 115 в минуту, АД 80/60 мм рт.ст. Стопа теплая, кожная чувствительность сохранена.

1. Диагноз: слепое пулевое ранение средней трети левого бедра с повреждением бедренной кости; шок 2й степени.
2. Первая помощь: подкожно промедол из шприц-тюбика; асептическая повязка; иммобилизация прибинтовыванием раненого бедра к здоровой конечности; таблетированные антибиотики; вынос с поля боя.
3. В МПП: внутривенно струйно 400 мл полиглюкина с 1 мл 2% раствора промедола и 1мл 10% раствора кофеина; проводниковая новокаиновая блокада седалищного и бедренного нервов ( по 30 мл 1% раствора новокаина); антибиотики в окружающие рану ткани, повязка; иммобилизация шиной Дитрикса; 0,5 столбнячного анатоксина подкожно; эвакуация на носилках.
4. В ОМЕДБ: направляется в противошоковую, комплексная терапия шока; исправление иммобилизации; выведение из шока.
5. Эвакуация в госпиталь для раненых с повреждением длинных трубчатых костей и суставов.

### Задача 9.

Рядовой «Б» 20 лет, из роты охраны аэродрома. Получил слепое осколочное ранение левого бедра с переломом кости. В ОМО доставлен через 20 часов после ранения в очень тяжелом состоянии. Сознание затемнено, возбужден, рвота. Дыхание учащено. Пульс слабого наполнения 150 в 1 мин. А/Д = 90/40. При снятии шины Дитрикса и повязки обнаружено, что раненое бедро вздуто. На кожи синеватого и бронзового оттенка пятна. При пальпации бедро холодное, ткани плотные. Определяется крепитация в мягких тканях, преимущественно вокруг раны. Рана располагается на передне-внутренней поверхности бедра размерами около 4х6 см. Из раны выпирает тусклая, вареного вида мышца. Выделения довольно обильные, сукровичные, почти без запаха. Вместе с жидкостью из раны выделяются пузырьки газа. Стопа и голень холодные. Пульсация сосудов стопы не определяется.

1. Анаэробная инфекция.
2. Глубокая (субфасциальная) смешанная форма с молниеносным течением.
3. Ампутация бедра с рассечением тканей культи.
4. Тут же в ОМО.
5. Неблагоприятный.

### Задача 10.

Ученик VI класса средней школы катался на лестничных перилах. При очередной попытке съехать вниз упал на разогнутую в локтевом суставе левую руку с опорой на ладонь. Предплечье при этом как бы "переразогнулось". В результате этой травмы появились сильные боли в локтевом суставе. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: левый локтевой сустав увеличен в объеме, деформирован, локтевая ямка сглажена. При осторожном ощупывании сзади выступает локтевой отросток. Ось плеча смещена вперед. Рука находится в вынужденном полуразогнутом положении. Пострадавший придерживает ее здоровой рукой. Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление.

1. Задний вывих костей левого предплечья.
2. Для подтверждения диагноза необходимо сделать рентгенографию левого локтевого сустава.
3. Абсолютными симптомами являются отсутствие активных движений в суставе и пружинящее сопротивление при попытке пассивных движений.
4. Больному следует произвести закрытое вправление вывиха костей предплечья. Для этого У верхушки локтевого отростка сделать «лимонную корочку», а затем иглу ввести в полость сустава под локтевой отросток до появления в шприце крови. В полость сустава ввести 30 мл 1 % раствора новокаина. После наступления анестезии произвести вправление. Руку пострадавшего кладут на приставной столик, немного согнув в локтевом суставе. Травматолог охватывает кистями обеих рук нижнюю треть

плеча пострадавшего, а большими пальцами упирается в локтевой отросток. Помощник осуществляет тягу предплечья за кисть больного. Постепенно тягу усиливают, а хирург усиливает давление на локтевой отросток большими пальцами, он как бы сдвигает предплечье вперед, а плечевую кость назад. По мере продвижения локтевого отростка руку медленно сгибают в локтевом суставе. В какой-то момент слышится легкий щелчок - произошло вправление. Движения в суставе становятся свободными.

5. После вправления следует наложить гипсовую лонгету по задней поверхности руки от лучезапястного сустава до верхней трети плеча. Сделать контрольную рентгенографию. Срок иммобилизации — 2-3 недели. После снятия гипсовой повязки приступить к восстановлению движений в суставе.

#### **Задача 11.**

Ранен при взрыве шариковой бомбы. На передневнутренней поверхности правой голени в средней трети – рана размером 0,5x 0,5 см. Возникло сильное кровотечение. При осмотре в МПП одежда обильно пропитана кровью. На бедре жгут. Пульс 110 уд. В минуту, слабый. Кожные покровы бледные. Голень деформирована, прибинтована к здоровой конечности.

1. Диагноз: слепое шариковое ранение средней трети правой голени с повреждением большеберцовой артерии; кровопотеря; шок 2 степени.
2. Первая помощь: импровизированный жгут на бедро; асептическая повязка; подкожно промедол из шприца-тюбика; вынос с поля боя.
3. Эвакуация из МПП в первую очередь; Из ОМЕДБ эвакуация в общехирургический госпиталь.
4. В МПП: внутривенно струйно 400 мл. полиглюкина; 1 мл 2% раствора промедола; 2мл. 1% раствора димедрола; 1 мл. 10 % раствора кофеина; антибиотики с новокаином в окружающие рану ткани; циркулярная новокаиновая блокада (250 мл. 0,25% раствора) над жгутом; переключивание жгута с противоупором; иммобилизация лестничными шинами; 0,5 мл. столбнячного анатоксина подкожно.
5. В ОМЕДБ: направляется в перевязочную; хирургическая обработка раны с лигированием поврежденной артерии; антибиотики в окружающие рану ткани; иммобилизация лестничными шинами; комплексная терапия шока.

#### **Задача 12.**

После ядерного взрыва возникли пожары. Загорелась одежда. Получил ожоги пламенем. На верхних конечностях кожа гиперемирована, покрыта пузырями. Имеются значительные участки светло-коричневого струпа. Кожа лица гиперемирована, отечна. Была однократная рвота. Показания индивидуального дозиметра 1,5Гр.

1. Диагноз: КРП I степени; острая лучевая болезнь I степени, ожог I степени лица и верхних конечностей, ожоговый шок легкой степени.
2. Первая помощь: Внутримышечно промедол из шприц-тюбика, асептические повязки на ожоги верхних конечностей с использованием индивидуального перевязочного пакета, таблетированные антибиотики (из индивидуальной аптечки).
3. В МПП: Помощь оказать в сортировочной: внутримышечно 1мл. 2% раствора промедола, 1мл. 1% раствора димедрола, 0,004г. этаперазина внутрь, исправление повязок, 0,5 мл. столбнячного анатоксина подкожно, горячий сладкий чай, эвакуация на носилках.
4. В ОМЕДБ: направить в противошоковую для обожженных (палатка интенсивной терапии госпитального отделения), комплексное лечение ожогового шока, антибиотики внутримышечно.
5. Эвакуация в полевой ожоговый госпиталь, по выведении из шока.

#### **Задача 13.**

Молодой человек, защищаясь от удара палкой, поднял над головой левую руку, согнутую в локтевом суставе. Удар пришелся по верхней трети предплечья. Появились сильные боли в месте травмы. Предплечье согнуто в локтевом суставе, в верхней трети деформировано, имеется западение со стороны локтевой кости и выпячивание по передней поверхности предплечья. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левого локтевого сустава прощупывается головка лучевой кости. Пальпация

деформированной области резко болезненна. Поврежденное предплечье несколько укорочено. Активные и пассивные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Чувствительность кисти и предплечья не нарушена.

1. Перелом верхней трети локтевой кости с вывихом головки лучевой кости левого предплечья (переломо-вывих костей предплечья Монтеджиа).
2. Сделать рентгенографию левого локтевого сустава в двух проекциях.
3. Разгибательный.
4. Вправить вывихнутую головку лучевой кости и сопоставить отломки локтевой кости. Предварительно осуществить местную анестезию 2 % раствором новокаина. Анестетик ввести в область перелома и вывиха. Затем произвести репозицию ручным способом или с помощью аппарата. Руку пациента согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Первый помощник осуществляет тягу за кисть, а второй - противотягу за плечо. Предплечье находится в положении полной супинации. Сначала необходимо вправить вывих, а затем сопоставить костные отломки.
5. После завершения репозиции наложить циркулярную гипсовую повязку от основания пальцев до верхней трети плеча. Локтевой сустав находится под углом 60°. В таком положении руку удерживают 4-5 недель, а затем гипсовую повязку снять, конечность разогнуть до прямого угла, предплечью придать среднее положение между супинацией и пронацией и снова загипсовать на 4-5 недель. В случае неэффективности консервативного метода вправления показано оперативное лечение.

#### **Задача 14.**

При взрыве шариковой бомбы получил ранение в правую половину груди. Появились кровохарканье, выраженный кашель, слабость, затруднение при дыхании. Состояние тяжелое. Пульс 108 в минуту, слабого наполнения, АД 75/45 мм. рт. ст. Дыхание 32 в 1 мин. Кожные покровы бледные. На передней поверхности груди две раны диаметром 0,5 см. Расстояние между ранами 4 см. При перкуссии над правой половиной грудной клетки определяется тупость до 2 ребра спереди. Кровь, извлеченная при плевральной пункции, свертывается в шприце.

1. Диагноз: Двойное слепое шариковое ранение правой половины грудной клетки с повреждением легкого, продолжающееся массивное внутриплевральное кровотечение, большой гемоторакс, шок 3 степени.
2. Первая врачебная и доврачебная помощь: асептическая повязка; подкожно промедол из шприц-тюбика; вынос в полусидячем положении на носилках.
3. В МПП: разгрузочная пункция плевральной полости; внутривенно 1 мл 2% раствора промедола и 400 мл полиглюкина; вагосимпатическая блокада справа; оксигенотерапия, антибиотики, 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно; эвакуация в первую очередь в полусидячем положении.
4. В ОМЕДБ: в операционной – широкая торакотомия, легирование с прошиванием поврежденных легочных сосудов, ушивание ткани легкого; дренирование плевральной полости в восьмом межреберье по Бюлау; переливание крови, кровезамещающей жидкости, антибиотики в плевральную полость и в окружность раны,
5. Госпитализация на 3-4 сутки с последующей эвакуацией в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз.

#### **Задача 15.**

Во время взрыва бомбы бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень в средней трети. Извлечен через 5 ч. Определяются деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Закрытый перелом обеих костей левой голени в средней трети; синдром длительного раздавливания легкой степени.
2. Помощь после освобождения конечности от сдавления: внутримышечно промедол из шприц-тюбика, тугое бинтование голени с использованием индивидуального перевязочного пакета; повязку смочить холодной водой (летом!); транспортная иммобилизация прибинтовыванием поврежденной нижней конечности к здоровой.

3. В перевязочной МПП: внутримышечно промедол, димедрол; циркулярная новокаиновая блокада на уровне верхней трети голени; транспортная иммобилизация; сладкий чай.
4. Эвакуация во 2-ю очередь.
5. В ОМЕДБ: инфузионная терапия, иммобилизация лестничными шинами, госпитализация в общехирургический госпиталь.

#### **Задача 16.**

Мужчина разгружал пиломатериалы. При неосторожных действиях деревянный брус свалился с машины и ударил его по левому предплечью. Пострадавший обратился в травматологический пункт. Объективно: в месте ушиба (на наружно-ладонной поверхности нижней трети левого предплечья) имеется подкожная гематома. Пальпация места травмы болезненна, определяется крепитация костных отломков. При нагрузке по оси предплечья появляется боль в месте травмы. Пронация и супинация затруднены, попытка произвести эти движения вызывает резкую боль. Сгибание и разгибание предплечья почти не ограничены. Дистальная часть предплечья и кисти находятся в положении пронации.

1. Перелом диафиза левой лучевой кости в нижней трети.
2. Для подтверждения диагноза и выяснения характера смещения костных отломков необходимо сделать рентгенографию левого предплечья в 2-х проекциях.
3. Патологическая подвижность и крепитация костных отломков.
4. В место перелома ввести 2 % раствор новокаина. После того как мышцы расслабятся, произвести закрытую репозицию ручным способом с помощью двух помощников. Если костные отломки хорошо сопоставлены (о чем можно судить по контрольным рентгенограммам), следует наложить циркулярную гипсовую повязку. Если сопоставить костные отломки консервативным методом не удалось, следует прибегнуть к оперативному лечению.
5. Циркулярную гипсовую повязку следует наложить от пястно-фаланговых суставов до верхней трети плеча на 5-6 недель. Предплечью необходимо придать среднее положение между пронацией и супинацией, а локтевой сустав согнуть под прямым углом.

#### **Задача 17.**

При взрыве мины с напалмом получил ожоги обеих нижних конечностей. Одежда сгорела. Выявляется циркулярный ожоговый струп на голени и бедре. Самостоятельно не двигаться не может.

1. Диагноз: термический ожог 48% (22%) II-III степень лица, туловища, верхних конечностей, ожоговый шок тяжелой степени.
2. Первая помощь: тушение горячей одежды (накрывание пострадавшего плащ-палаткой, шинелью и др.) внутримышечно 1мл. 2% раствора промедола из шприц-тюбика, асептическая повязка с использованием ИПП или противоожоговая повязка (из медицинской сумки), утоление жажды, вынос на носилках.
3. В МПП: направляют в перевязочную, внутривенно промедол, 2мл. 1% димедрола, 1мл. 10% раствора кофеина, 400мл полиглюкина, ингаляции кислорода, антибиотики, 0,5 мл. столбнячного анатоксина, исправление повязок, синтомициновая эмульсия на ожоги лица, эвакуация на носилках в первую очередь.
4. В ОМЕДБ: направляются в противошоковую для обожженных, комплексная терапия шока, исправление повязок, катетеризация мочевого пузыря с почасовым измерением диуреза.
5. Эвакуация на носилках в общехирургический госпиталь – по выведении из шока.

#### **Задача 18.**

Рядовой М. 20 лет доставлен на МПП через 1 час после пулевого ранения грудной клетки, полученного с близкого расстояния. При осмотре: касательное пулевое ранение левой половины грудной клетки в 6 межреберье по задней и средней подмышечной линиям. Рана умеренно кровоточит. Поступления воздуха в рану при дыхательных движениях нет. Состояние средней тяжести. Умеренный цианоз. Пульс 110 уд. в мин. удовлетворительного наполнения. АД=140/100, ЧДД до 40 в мин., поверхностное. Левая половина грудной клетки

почти не участвует в дыхании, несколько выбухает. Перкуторный звук слева коробочный. Дыхание не проводится. Аускультативно - смещение проекции тонов сердца вправо.

1. Касательное непроникающее ранение левой половины грудной клетки. Разрыв легкого. Напряженный левосторонний закрытый пневмоторакс.
2. Направить в перевязочную, в первую очередь.
3. Вагосимпатическая блокада. Пункция плевральной полости с оставлением иглы Дюфо и клапанного дренажа. Повязка на рану.
4. Эвакуация в ОМЕДБ в первую очередь на носилках в возвышенном положении.
5. Направить в перевязочную для тяжелораненых, для оказания помощи по жизненным показаниям.

#### **Задача 19.**

Молодой человек упал и ударился левым локтевым суставом о твердый предмет, при этом рука была согнута. Обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левая рука выпрямлена, свисает. Больной щадит ее, придерживая здоровой рукой. Локтевой сустав увеличен в объеме, по задней поверхности определяется припухлость. Пальпация сустава болезненна, боль особенно усиливается при надавливании на локтевой отросток. Между отростком и локтевой костью прощупывается поперечная щель. Локтевой отросток слегка смещается в боковых направлениях. Пассивные движения в локтевом суставе свободны, но болезненны. Активное разгибание невозможно, а сгибание сохранено, но болезненно.

1. Диагноз: сквозное пулевое ранение грудного отдела позвоночника и правой половины грудной клетки с повреждением 7го грудного позвонка и правого легкого; спинальный шок; закрытый пневмоторакс; травматический шок легкой степени.
2. Первая помощь: внутримышечно 1 мл 2% раствора промедола из шприц - тубика; повязка; таблетированные антибиотики из индивидуальной аптечки через рот; вынос на жестких носилках (щит, доска, фанера).
3. В МПП: внутривенно 1мл 2% раствора промедола, 1мл 10% раствора кофеина и 400 мл полиглюкина; антибиотики внутримышечно; 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно; выведение мочи катетером, исправление повязки; эвакуация на щите или связанных между собой лестничных шинах на носилках.
4. В ОМЕДБ: комплексная терапия шока; введение антибиотиков; катетеризация мочевого пузыря; эвакуация на щите в госпиталь для раненых в голову, шею, позвоночник.

#### **Задача 20.**

Во время взрыва был отброшен ударной волной, упал на край бруствера левым боком. Появились сильные боли в животе, слабость, бледность, жажда. Состояние тяжелое. Пульс слабый, частый. Живот напряжен, в дыхании не участвует. Выражены симптомы раздражения брюшины. Язык сухой. Рвота. Пульс нитевидный, АД 60/40 мм. рт. ст. При перкуссии определяется тупость в отлогих местах живота, печеночная тупость отсутствует. Перистальтика не прослушивается.

1. Диагноз: закрытая травма живота с повреждением полых и паренхиматозных органов (селезенка); массивное внутрибрюшное кровотечение шок 3 степени.
2. Первая помощь: вынос в положении лежа на носилках после подкожного введения промедола из шприц-тубика.
3. В МПП: внутривенно струйно 400 мл полиглюкина с 1 мл 2% раствора промедола, 1 мл 0,06% раствора коргликона, 250 мл крови, антибиотики внутримышечно; двусторонняя поясничная новокаиновая блокада.
4. Эвакуация в первую очередь в положении лежа на носилках.
5. В ОМЕДБ: в операционной – лапаротомия по неотложным показаниям, удаление селезенки, остановка кровотечения, ушивание ран поперечной ободочной кишки, дренирование брюшной полости для проточного промывания, и введения антибиотиков; параллельно – проведение противошоковых мероприятий, переливание крови и кровезаменителей с продолжением этой терапии в противошоковом отделении, временная госпитализация с последующей эвакуацией в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз.

### **Перечень практических навыков и манипуляций.**

1. Вправление вывихов крупных суставов.
2. Временная остановка кровотечения различными методами (наложение жгута и др.)
3. Выполнение блокад.
4. Выполнение местной анестезии.
5. Выполнение передней и задней тампонады носа.
6. Записать и оценить показатели функции внешнего дыхания.
7. Заполнение медицинской документации выездной бригады СМП.
8. Наложение бинтовых повязок.
9. Наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе.
10. Наложение транспортных шин.
11. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей.
12. Определение группы крови, Rh- фактора, проведение проб на совместимость.
13. Определение и оценка показателей гликемического профиля.
14. Оценка ампулы (флакона) с кровью для переливания.
15. Оценка данные УЗИ внутренних органов, ЭхоКГ.
16. Оценка морфологических и биохимических показателей крови, показателей коагулограммы, показателей кислотно-щелочного состояния.
17. Первичная обработка раны.
18. перевязка сосуда в ране.
19. Применение обычной и сифонной клизмы.
20. Применение противошокового костюма.
21. Принятие срочных родов.
22. Проведение временной электрокардиостимуляции.
23. Проведение закрытого массажа сердца.
24. Проведение ингаляции кислорода (оксигенотерапии).
25. Проведение интубации трахеи.
26. Проведение искусственной вентиляции легких «рот в рот»; с помощью аппаратов «Лада», «Пневмат», АН-8, ДН-10.
27. Проведение катетеризации мочевого пузыря у мужчин и женщин.
28. Проведение наркоза закисью азота, фторотаном.
29. Проведение небулайзерной терапии.
30. Проведение пальцевого исследования прямой кишки.
31. Проведение подкожных, внутривенных, внутримышечных, внутрисердечных инъекций.
32. Проведение пульсоксиметрии.
33. Проведение сердечно-легочной реанимации.
34. Проведение трахеостомии (коникотомии).
35. Проведение электроимпульсной терапии.
36. Промывание желудка.
37. Пункция мочевого пузыря.
38. Пункция плевральной полости.
39. Пункция трахеи и микростомия по методике Сельдингера.
40. Пункция центральных вен.
41. Регистрация и оценка ЭКГ.
42. Установка воздуховода.

### **Перечень вопросов для собеседования.**

1. Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ.
2. Мониторный контроль. Виды мониторинга. Его клиническое значение на догоспитальном этапе.
3. Критические и терминальные состояния. Диагностические признаки клинической и биологической смерти. Российский протокол сердечно-легочно-мозговой реанимации.
4. Постреанимационная болезнь, апалический синдром. Понятие «смерть мозга». Клинические критерии смерти мозга.
5. Принципы восстановления проходимости дыхательных путей (этап А).

6. Восстановление дыхания (ИВЛ). Техника выполнения. Критерии эффективности (этап В).
7. Восстановление кровообращения (этап С). Массаж сердца. Техника выполнения. Критерии эффективности, осложнения.
8. Расширенный реанимационный комплекс (специализированные реанимационные мероприятия - этап D). Принцип ранней дефибрилляции.
9. Основные лекарственные препараты, дозировки, способы введения при СЛРМ.
10. Показания к прекращению сердечно-легочной реанимации. Возможности отказа от проведения реанимационных мероприятий.
11. Катетеризация периферических и центральных сосудов. Показания, противопоказания, осложнения.
12. Клиническая анатомия интубации трахеи. Этапы интубации. Осложнения. Альтернативные методы поддержки проходимости дыхательных путей (ларингеальная маска, комбинированная пищеводно-трахеальная трубка).
13. Принципы лечения инфаркта миокарда в острый период на догоспитальном этапе.
14. Методы оценки интенсивности боли. Фармакотерапия болевого синдрома. Наркотические и ненаркотические анальгетики.
15. Купирование ангинозного приступа на догоспитальном этапе.
16. Кардиогенный шок. Диагностические критерии. Формы.
17. Аритмический кардиогенный шок. Неотложные мероприятия.
18. Рефлекторный кардиогенный шок. Неотложные мероприятия.
19. Истинный кардиогенный шок. Неотложные мероприятия.
20. Атипичные формы инфаркта миокарда. Диагностические признаки.
21. Внезапная коронарная смерть. Тактика врача. Факторы риска. Профилактика.
22. ЭКГ признаки трансмурального, крупноочагового, мелкоочагового инфаркта миокарда.
23. Топическая ЭКГ - диагностика ОИМ.
24. Принципы антикоагулянтной терапии в остром периоде инфаркта миокарда на догоспитальном этапе.
25. Возможности тромболитической терапии на догоспитальном этапе.
26. Сердечные гликозиды при инфаркте миокарда. Тактика врача при оказании неотложной терапии.
27. Отек легких. Клиника. Диагностика. Неотложные мероприятия.
28. Сердечная астма. Клиника. Диагностика. Неотложные мероприятия.
29. Тромбоэмболия легочной артерии. Клиника. Диагностика. Тромбоэмболические осложнения при инфаркте миокарда. Факторы риска. Неотложные мероприятия.
30. Томпонада сердца. Клиника. Диагностика. Факторы риска.
31. Артериальная гипертония. Современная классификация.
32. Гипертонические кризы. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
33. Острая сосудистая недостаточность. Клиника. Диагностика. Неотложные мероприятия.
34. Параксизмальная мерцательная аритмия. Клиника. ЭКГ-признаки. Неотложная помощь.
35. Наджелудочковая параксизмальная тахикардия. Клиника. ЭКГ-признаки. Неотложная помощь.
36. Желудочковая параксизмальная тахикардия. Клиника. ЭКГ-признаки. Неотложная помощь.
37. Асистолия, фибрилляция желудочков. Факторы риска. ЭКГ признаки. Неотложные мероприятия.
38. Приступы МЭС. Клиника. ЭКГ признаки. Неотложные мероприятия.
39. Неотложная терапия при частой, групповой или ранней желудочковой экстрасистолии.
40. ЭКГ синдром удлинения Q-T. Клиническая значимость. Лечебные мероприятия.
41. Электроимпульсная терапия (кардиоверсия). Показания. Принципы подготовки и выполнения процедуры.

42. Интоксикация сердечными гликозидами. Клиника. Диагностика. Неотложные мероприятия.
43. Острый живот в практике врача ССМП. Тактика врача.
44. Синкопальный синдром. Причины. Неотложная терапия.
45. Расслаивающаяся аневризма аорты. Диагностические критерии. Тактика врача.
46. Острая дыхательная недостаточность. РДСВ. Клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
47. Астматический статус. ЭЗДП. Принципы ИТ.
48. ИВЛ, виды ИВЛ. Механизмы физиологические и отрицательные. Показания к ИВЛ.
49. Принципы перевода больного с ИВЛ на самостоятельное дыхание. Дыхательный ацидоз, алкалоз. Интенсивная терапия.
50. Кислотно-аспирационный синдром (С-м Мендельсона). Этиология. Клиника. Неотложная помощь. Профилактика.
51. Острая кровопотеря. Геморрагический шок. Патогенез. Клиника. Принципы восполнения дефицита ОЦК.
52. Септический шок. Патогенез. Клиника. Интенсивная терапия.
53. Анафилактический шок. Патогенез. Клиника, принципы интенсивной терапии.
54. Принципы коррекции нарушений водно-электролитного баланса дегидратация, гипергидратация).
55. Инфузионные среды. Коллоиды и кристаллоиды. Характеристика, показания к применению.
56. Острая почечная недостаточность. Этиология. Клиника. Основные симптомы и синдромы.
57. ОПН. Принципы интенсивной терапии, неотложная помощь на догоспитальном этапе.
58. Гиперкалиемия, гиперазотемия, метаболический ацидоз. Клинические, биохимические, электрофизиологические проявления этих состояний.
59. Методы экстракорпоральной детоксикации. Показания к гемодиализу.
60. Острая печеночная недостаточность. Патофизиология клиника. Принципы интенсивной терапии.
61. Коматозные состояния. Классификация. Методы оценки степени утраты сознания (шкала ком Глазго).
62. Неотложная помощь и интенсивная терапия диабетических ком.
63. Неотложная помощь и принципы интенсивной терапии ОНМК.
64. Принципы оказания неотложной помощи пострадавшим с ЧМТ.
65. Токсикологическая болезнь. Фармакокинетика и фармакодинамика токсинов в организме.
66. Клиника токсикологической болезни. Принципы лечения. Роль врача скорой помощи в лечении острых бытовых отравлений.
67. Методы дезинтоксикации и детоксикации организма.
68. Интенсивная терапия и реанимация отравлений ФОС на догоспитальном этапе.
69. Интенсивная терапия и реанимация отравлений седативными препаратами (транквилизаторами, барбитуратами) на догоспитальном этапе.
70. Интенсивная терапия и реанимация отравлений угарным газом.
71. Интенсивная терапия и реанимация отравлений алкоголем и его суррогатами на догоспитальном этапе.
72. Тактика врача скорой помощи при отравлениях наркосодержащими препаратами.
73. Тактика интенсивной терапии отравлений неизвестным ядом.
74. Неотложная помощь при асфиксиях, утоплении и поражении электрическим током.
75. Вопросы деонтологии в работе врача ССМП.
76. Ишемическая болезнь сердца. Этиология, патогенез, классификация. Оценка болевого синдрома. Диагностика, дифференциальный диагноз кардиалгий.
77. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Патогенез. Механизмы развития нестабильной бляшки. Нестабильная стенокардия, классификация, клиника, прогностическая оценка. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

78. Инфаркт миокарда (ИМ). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина «неосложненного» ИМ. Варианты начала, дифференциальный диагноз. ЭКГ-диагностика ИМ, маркеры некроза, классы тяжести ИМ по Killip. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания и противопоказания к тромболитической терапии на догоспитальном этапе. Показания к срочной коронароангиографии и интервенционным методам лечения.

79. Осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок, отек легких, острые аритмии и разрыв миокарда. Этиология и патогенез этих осложнений. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

80. Острая сердечная недостаточность (ОСН). Определение, этиология, патогенез, клинические варианты: ОСН с низким сердечным выбросом, левожелудочковая недостаточность с синдромами застоя, правожелудочковая недостаточность с синдромами застоя, диагностика, принципы лечения. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Российские рекомендации по ОСН.

81. Гипертоническая болезнь, факторы риска, патогенез. Классификация, стратификация степеней риска. Формулировка диагноза. Показания к госпитализации. Принципы лечения.

82. Неосложненные и осложненные гипертонические кризы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при неосложненных, осложненных кризах и кризах при феохромоцитоме. Показания к госпитализации.

83. Синкопальные состояния. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.

84. Аритмии сердца. Электрофизиологические механизмы развития аритмий, классификация. ЭКГ-диагностика, клиника наджелудочковых и желудочковых тахикардий и тахиаритмий, экстрасистолей высоких градаций. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания к срочной ЭИТ.

85. Блокады сердца. Этиология, клиника и диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания к срочной электрокардиостимуляции.

86. Сложные нарушения ритма и проводимости: синдром слабости синусового узла, синдром WPW, синдром CLC, синдромы Фридерика, Бругада, удлиненного QT. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

87. Остановка кровообращения, причины, сердечно-легочная реанимация (СЛР), фазы СЛР, неотложная помощь при асистолии, фибрилляции желудочков, желудочковой тахикардии. Признаки эффективности СЛР. Причины неэффективности дефибрилляции.

88. Острый гломерулонефрит (ОГН). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, осложнения. Неотложная терапия осложнений ОГН.

89. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика по мочевому синдрому. Осложнения. Принципы терапии.

90. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, тактика ведения. Показания к госпитализации.

91. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, клиника, степени тяжести, осложнения. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

92. Терминальная хроническая почечная недостаточность (уремия), этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с ОПН, тактика ведения и неотложная помощь.

93. Гастриты. Причины и клинические проявления острых гастритов. Этиология, патогенез, классификация, клиника хронических гастритов. Диагностика, лечение острых и хронических гастритов. Показания к госпитализации.

94. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Осложнения язвенной болезни (перфорация, пенетрация, желудочно-кишечное кровотечение, стеноз

привратника), особенности клинической картины, диагностика, тактика ведения, неотложная помощь.

95. Хронический бескаменный холецистит. Этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации. Основные направления терапии в фазу обострения. Неотложная терапия при приступе желчной колики.

96. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, классификация, методы диагностики, тактика на догоспитальном этапе.

97. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, осложнения, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы консервативной терапии. Показания к госпитализации. Тактика врача скорой помощи на догоспитальном этапе при тяжелом обострении хр. панкреатита.

98. Острые и хронические гепатиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика основных этиологических форм гепатитов (вирусных, алкогольных, лекарственных, аутоиммунных). Принципы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

99. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Синдром портальной гипертензии: причины, проявления, принципы диагностики и лечения. Неотложная помощь при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода, профилактика повторных кровотечений.

100. Печеночная энцефалопатия и кома. Причины острой и хронической печеночной энцефалопатии, патогенез, клинические проявления по стадиям, возможности диагностики, неотложная терапия.

101. Синдром портальной гипертензии. Понятие, причины, клинические проявления, диагностика, лечение. Неотложная помощь при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.

102. Дифференциальная диагностика желтух. Формы желтух, причины, особенности клинических проявлений, диагностическая тактика, возможности неотложной терапии.

103. Сахарный диабет 1 и 2 типа: дифференциальный диагноз, диагностические критерии, основные принципы лечения, понятие о хронических осложнениях сахарного диабета.

104. Декомпенсация сахарного диабета 1 и 2 типа: этиопатогенез, клиника, диагностические критерии, основные принципы лечения, показания к госпитализации.

105. Дифференциальный диагноз при диабетических комах (кетоацидотической, гиперосмолярной, лактацидемической, гипогликемической); лечение коматозных состояний при сахарном диабете, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

106. Гипогликемический синдром (гипогликемические состояния, гипогликемическая кома): этиопатогенетическая классификация, диагностика, лечение, показания к госпитализации, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

107. Синдром тиреотоксикоза, тиреотоксический криз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

108. Синдром гипотиреоза, гипотиреоидная кома: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

109. Острая надпочечниковая недостаточность и декомпенсация хронической надпочечниковой недостаточности: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

110. Гиперкальциемический криз, гипокальциемический криз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

111. Острый живот: понятие, заболевания, дающие клинику острого живота. Дифференциальная диагностика и помощь на догоспитальном этапе.

112. Острый аппендицит. Типичные проявления, дифференциальная диагностика. Особенности течения у детей, лиц пожилого возраста и женщин.

113. Острый калькулезный холецистит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения. Неотложная терапия, тактика врача скорой помощи.

114. Желудочно-кишечный кровотечения: причины, признаки, классификации по степени тяжести. Тактика ведения и неотложная терапия на догоспитальном этапе.

115. Закрытая травма живота. Перитонеальный и геморрагический синдромы. Диагностика и тактика ведения.

116. Механическая желтуха. Причины, особенности клинической картины, методы диагностики, тактика ведения. Методы детоксикации и декомпрессии при механической желтухе.

117. Хроническая обструктивная болезнь легких. Факторы риска, клиника, особенности течения в различных возрастных группах, современные методы диагностики, лечения и профилактики, имеющиеся клинические рекомендации. Показания для госпитализации.

118. Бронхиальная астма. Триггеры и индукторы. Клиника. Классификация. Принципы ступенчатой терапии. Неотложная помощь при приступе удушья.

119. Пневмонии. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, критерии тяжелого течения. Современные методы лабораторной, функциональной, рентгенологической диагностики. Осложнения. Лечение. Показания для госпитализации.

120. Острая дыхательная недостаточность, классификация, принципы интенсивной терапии. Пневмоторакс. Классификация, этиология, патогенез спонтанного пневмоторакса, клиника, осложнения, интенсивная терапия. Астматический статус. Причины, патогенез, клинические стадии, лечение.

121. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация. клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА, лечения, профилактики рецидива ТЭЛА.

122. Шок, патофизиология, классификация. Кардиогенный шок, формы (истинный аритмический, рефлекторный), неотложная помощь при кардиогенном шоке с признаками выраженного застоя в легких и при их отсутствии.

123. Гиповолемический шок, причины, принципы неотложной терапии. Гемморрагический шок, неотложная помощь. Дифференциальная диагностика и особенности неотложной терапии при остром кровотечении из эрозий и язв гастродуоденальной зоны, варикозно расширенных вен пищевода и желудка, легочном кровотечении.

124. Анафилактический шок и анафилактические реакции. Отек Квинке: приобретенный и врожденный. Крапивница. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия, профилактика.

125. Сепсис и септический шок, причины, лабораторные маркеры, понятие и критерии полиорганной недостаточности, принципы терапии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Интенсивная терапия.

126. Отравления. Отравления алкоголем, стадии и степени тяжести, осложнения, интенсивная терапия. Отравление суррогатами алкоголя (этиленгликолем метанолом), клиника, осложнения, интенсивная терапия. Отравления окисью углерода, патогенез, клиника, интенсивная терапия. Отравление психотропными препаратами (барбитуратами, наркотическими препаратами, транквилизаторами), особенности клиники.

127. Коматозные состояния, стадии комы, особенности обследования больного в коматозном состоянии. Дифференциальный диагноз печеночной, уремической, хлорпенической, диабетической, алкогольной, мозговой ком. Принципы лечения.

128. Сосудистые заболевания головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический и ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

129. Неврологические синдромы вертебрального остеохондроза. Диагностика корешковых синдромов при шейном и поясничном остеохондрозе. Принципы лечение.

130. Дисциркуляторная энцефалопатия. Определение, этиология, классификация, клиника, лечение.