

Тестовые задания по специальности «Анестезиология и реаниматология».

В отношении пациентов, подлежащих экстренному оперативному вмешательству справедлив подход:

- предоперационная подготовка не может продолжаться более часа
- лабораторно-инструментальные исследования можно не проводить
- период предоперационной голодной паузы не имеет значения
- объем обследования и длительность предоперационной подготовки определяются индивидуально
- все вышеперечисленное неверно

С целью проведения адекватной сбалансированной многокомпонентной анестезии интраоперационно обычно не применяется:

- в/в анестетики-гипнотики
- ингаляционные анестетики-гипнотики
- мышечные релаксанты
- опиаты
- применяется все

Врач анестезиолог-реаниматолог обязан назначить вид обезболивания с учетом:

- своих знаний и профессиональных навыков
- материально-технических возможностей лечящего учреждения
- состояния больного и особенностей оперативного вмешательства или специального метода исследования
- требований больного
- все ответы правильные

Оценка операционно-анестезиологического риска по МНОАР:

- риск в баллах от 1 до 5 и от 6 до 7 при экстренных операциях
- риск в баллах с 1 до 5 и индекс «э» при экстренных операциях, возможна дополнительная 4х бальная оценка по характеру и объему хирургического вмешательства
- бальная оценка различных рисков с 0 до 2 и их окончательная сумма с 0 до 6
- степень риска с 1 по 5 в зависимости от суммы баллов
- степень риска с 1 по 5 в зависимости от субъективной оценки анестезиолога

Современная оценка операционно-анестезиологического риска по ASA:

- риск в баллах от 1 до 5 и от 6 до 7 при экстренных операциях
- риск в баллах с 1 до 5 и индекс «э» при экстренных операциях, возможна дополнительная 4х бальная оценка по характеру и объему хирургического вмешательства
- бальная оценка различных рисков с 0 до 2 и их окончательная сумма с 0 до 6
- степень риска с 1 по 5 в зависимости от суммы баллов
- степень риска с 1 по 5 в зависимости от субъективной оценки анестезиолога

Какая классификация позволяет неинвазивно прогнозировать затруднения во время интубации трахеи?

- RASS
- Cormack-Lehane
- Mallampati
- APACHE
- Glasgow

Определение дыхательного объема (V_t) осуществляется из расчета:

- 20-30 мл/кг массы тела
- 15-20 мл/кг массы тела
- 6-8 мл/кг массы тела
- 13-15 мл/кг массы тела
- 50 мл на год жизни

К приемам, облегчающим визуализацию голосовой щели и интубацию трахеи относятся все, кроме:

- VARP
- Селлика
- улучшенное Джексоновское положение
- Хеймлиха
- сгибание шеи у детей раннего возраста

Оптимальные условия для интубации трахеи обеспечивает:

- I стадия наркоза по Гведелу/Жорову
- II наркоза по Гведелу/Жорову
- III стадия наркоза по Гведелу/Жорову
- адекватный контакт с пациентом
- кетамин 2 мг/кг в/в

Варианты обеспечения проходимости дыхательных путей все, кроме:

- лицевая маска и различные воздуховоды
- интубационная трубка
- роторасширители
- пищеводно-трахеальная трубка (комбитью~)
- ларингеальная маска и надгортанный воздуховод

Способы контроля положения эндотрахеальной трубки все, кроме:

- аускультация дыхательных шумов
- оценка состояния желудка (попадание воздух~)
- свободная установка орогастрального желудочного зонда после интубации
- фиброскопия
- Rg-контроль

Концепция безопасной вентиляции легких диктует необходимость устанавливать клапан APL на отметке:

- 15 mbar
- 25 mbar
- 35 mbar
- 45 mbar
- 55 mbar

Прием Селлика, как профилактика аспирации, имеет ценность, если проводится:

- одновременно с началом RSI (после введения гипнотик~)
- одновременно с началом прямой ларингоскопии
- одновременно с началом непрямой ларингоскопии
- после визуализации надгортанника
- одновременно с началом СЛР

К стратегиям ведения подозрения на трудный дыхательный путь (или заранее достоверно известного трудного дыхательного пути) относится:

- интубация трахеи исключительно при помощи ларингоскопа Маккоя
- интубация трахеи на фоне сохраненного дыхания
- обязательное проведение прекурарезации
- увеличение дозы деполаризирующих миорелаксантов в два раза от стандартной
- выбор эндотрахеальной трубки на 3 размера меньше расчетного

К стратегиям ведения внезапно возникшего трудного дыхательного пути относятся все, кроме:

- разбудить пациента, отложить оперативное вмешательство
- углубить анестезию, проводя вентиляцию легких через лицевую маску
- установить ларингеальную маску
- проводить максимально агрессивную оксигенацию пациента, вплоть до выполнения коникотомии
- выполнять неограниченное число попыток прямой ларингоскопии и интубации трахеи до достижения искомого результата

Минимальный стандарт интраоперационного мониторинга включает:

- постоянный инвазивный мониторинг АД
- лабораторную биохимическую диагностику 1 раз в час
- непрерывное присутствие врача-анестезиолога и медицинской сестры-анестезиста рядом с пациентом
- непрерывный мониторинг ЭКГ в 12 отведениях
- измерение ЦВД 1 раз в час

Минимальный стандарт интраоперационного мониторинга включает все перечисленное кроме:

- пульсоксиметрия
- капнография
- волюмоспирометрия
- электрокардиография
- инвазивное измерение артериального давления

Профилактикой постнаркозной депрессии дыхания является все кроме:

- нормокапния в периоперационном периоде
- применение антидотов
- гипероксигенация перед экстубацией
- экстубация строго по показаниям
- соблюдение порядка наблюдения за пациентом в раннем п/о периоде

Интубация трахеи через нос вслепую наиболее эффективна:

- при адекватной миорелаксации, без седации
- во II стадии наркоза по Гведелу
- при адекватной миорелаксации и седации
- на фоне сохраненного самостоятельного дыхания
- все вышеописанные методики имеют одинаковую эффективность

Вероятность регургитации при индукции значимо возрастает:

- ожирение
- предварительно установленном назогастральном зонде
- вентиляция лицевой маской
- беременность
- все вышеперечисленное

Переход на интраоперационное применение полузакрытых и закрытых дыхательных контуров потребовало обязательного использования:

- адсорбера углекислого газа
- невоспламеняемых анестетиков
- интубационной трубки
- ингаляционного анестетика
- все выше перечисленное

Гипервентиляция (гипокапния) приводит к:

- вазоконстрикции церебральных сосудов
- вазодилатации церебральных сосудов
- снижению сердечного выброса
- нарушению сердечного ритма
- повышению ВЧД

Гиперкапния приводит к:

- вазоконстрикции церебральных сосудов
- вазодилатации церебральных сосудов
- снижению сердечного выброса
- нарушению сердечного ритма
- снижению ВЧД

Укажите норму $PET\ CO_2$

- 20-35 мм рт. ст.
- 25-35 мм рт. ст.
- 34-44 мм рт. ст.
- 45-50 мм рт. ст.
- 50-60 мм рт. ст.

Механическая гипервентиляция у пациента в течение анестезии приведет к:

- уменьшению потребности в послеоперационной анальгезии
- смещению вправо кривой диссоциации гемоглобина
- повышению PaO_2
- послеоперационной гиповентиляции с риском развития постнаркотической депрессии дыхания
- повышению внутричерепного давления

Концентрация $EtCO_2$ в КОНЦЕ выдоха снижается при:

- легочной эмболии
- уменьшении сердечного выброса
- увеличении альвеолярного мертвого пространства
- гипотермии
- во всех перечисленных ситуациях

Во время проведения анестезии с ИВЛ отмечено резкое снижение SpO_2 . Первым действием анестезиолога будет:

- выполнить реинтубацию трахеи
- провести санацию эндотрахеальной трубки
- проверить следящую аппаратуру
- оценить экскурсию грудной клетки, исключить дисконнекцию дыхательного контура
- позвать на помощь ответственного дежурного анестезиолога-реаниматолога

Во время проведения анестезии с ИВЛ внезапно прекратились экскурсии грудной клетки пациента. При беглом осмотре дисконнекции контура не обнаружено. Первым действием анестезиолога будет:

- выполнить реинтубацию трахеи
- провести санацию эндотрахеальной трубки
- проверить наркозно-дыхательный аппарат
- перейти на вентиляцию мешком АМБУ
- позвать на помощь ответственного дежурного анестезиолога-реаниматолога

Выделяют коэффициенты распределения (константы Освальд~ все, кроме:

- коэффициент растворимости кровь/газ
- коэффициент растворимости легкие/кровь
- коэффициент растворимости мозг/кровь
- коэффициент растворимости мышечная ткань/кровь
- коэффициент растворимости жировая ткань/кровь

МАК (минимальная альвеолярная концентрация) это:

- концентрация анестетика, обеспечивающая отсутствие реакции на стандартный хирургический стимул у 95% пациентов
- концентрация анестетика, обеспечивающая отсутствие реакции на стандартный хирургический стимул у 50% пациентов
- концентрация анестетика, обеспечивающая отсутствие реакции на стандартный хирургический стимул у 100% пациентов
- седативная концентрация ингаляционного анестетика
- цифры на испарителе (то же самое, что и объемные проценты)

Факторы увеличивающие МАК (минимальная альвеолярная концентрация) все, кроме:

- применение амфетамина (острое), эфедрина, кокаина, алкоголизм
- гипертермия
- гипернатриемия
- пол
- молодой возраст

Факторы уменьшающие МАК (минимальная альвеолярная концентрация) все, кроме:

- беременность
- гипоксемия и анемия
- гиперкапния
- гипотония
- экспозиция анестетика

Денитрогенация перед использованием ингаляционных анестетиков:

- проводится всегда
- не обязательна к исполнению
- проводится только при использовании газообразных анестетиков
- проводится только при использовании галогенсодержащих анестетиков
- запрещена

Критерии готовности пациента к экстубации трахеи включают:

- проведенная декурарезация, интервал от последнего введения гипнотиков/анальгетиков/миорелаксантов не менее 1 часа,
- восстановленное сознание, двигательное возбуждение, гиперсаливация

- SpO₂ не менее 95% на фоне самостоятельного дыхания кислородно-воздушной смесью через контур наркозно-дыхательного аппарата,
- SpO₂ не менее 92% на фоне самостоятельного дыхания атмосферным воздухом,
- восстановленное сознание, самостоятельное дыхание, достаточный мышечный тонус, защитные рефлексы с верхних дыхательных путей

Показаниями к проведению продленной ИВЛ служат:

- неэффективность самостоятельного дыхания и/или низкий уровень сознания в предоперационном периоде
- преклонный или ранний возраст пациента
- острая массивная кровопотеря и/или обширное оперативное вмешательство
- операции на органах брюшной полости и /или программированная релапаротомия на следующий день
- пожелания врача профильного отделения и/или темное время суток

Компаунд А является:

- гистаминолибератором, продуктом метаболизма амидных анестетиков
- кардиотоксичным продуктом метаболизма изофлюрана
- гепатотоксичным продуктом метаболизма галотана
- нефротоксичным продуктом метаболизма севофлюрана
- адьювантом в растворах местных анестетиков

Low flow анестезия (низкопоточная анестезия) классификацией по газотоку (ISO) выполняется с потоком свежих газов:

- более 4 л/мин
- 2 – 4 л/мин
- 1 – 2 л/мин
- 0,5 – 1 л/мин
- менее 0,5 л/мин

Наиболее комфортный для анестезиолога и безопасный для пациента при работе на полужакрытом контуре считается поток свежих газов:

- более 4 л/мин
- 4 л/мин
- 2 л/мин
- 1 л/мин
- менее 1 л/мин

Базальное потребление кислорода рассчитывается по формуле:

- 0,1 мл/кг/мин
- 1 мл/кг/мин
- 2 мл/кг/мин
- 4 мл/кг/мин
- 6 мл/кг/мин

Галогенсодержащий анестетик не рекомендуемый для индукции анестезии и применения у пациентов с патологией верхних дыхательных путей:

- галотан
- изофлюран
- севофлюран
- десфлюран
- не рекомендуются все галогенсодержащие анестетики

Противопоказаниями к применению закиси азота являются:

- наличие у пациента закрытых полостей с воздухом
- кишечная непроходимость
- шок любой этиологии
- бронхиальная астма
- ничего из вышеперечисленного

Наибольшей анальгетической активностью обладает:

- тиопентал
- кетамин
- диприван
- сомбревин
- сибазон

Пациентам с исходной патологией печени не рекомендуется применение:

- галогенсодержащих ингаляционных анестетиков
- кетамина
- дипривана
- опиатов
- сукцинилхолина

Внутривенное введение барбитуратов абсолютно противопоказано:

- роды
- порфирия
- феохромоцитомы
- комы неизвестного происхождения
- шок

Использование закиси азота и ксенона противопоказано:

- черепно-мозговой травме
- перемежающейся порфирии
- кисты легких
- инфаркте миокарда
- поливалентной аллергии

Коникотомия проводится:

- в области яремной вырезки
- между щитовидным и перстневидным хрящом трахеи
- на 1-1,5 см ниже перстневидного хряща трахеи
- над щитовидным хрящом трахеи
- возможны все варианты

На уровне 1-3 см ниже паховой связки бедренная вена лежит:

- под бедренной артерией
- над бедренной артерией
- латеральной бедренной артерии
- медиальной бедренной артерии
- на этом уровне нет бедренной артерии

Внутригрудной лимфатический проток граничит:

- с левой подключичной веной

- с правой подключичной веной
- с обеими подключичными венами
- ни с одной из подключичных вен
- внутригрудного лимфатического протока не существует, это мифическое анатомическое образование

Подключичные вены расположены:

- кзади от артерии
- над артерией
- кзади и над артерией
- кпереди и книзу от артерии
- параллельно артериям

Типичные осложнения при пункции левой подключичной вены все кроме:

- воздушная эмболия
- гемоторакс и пневмоторакс
- пункция подключичной артерии
- травма грудного лимфатического протока
- травма возвратного нерва

Частота летальных механических осложнений наиболее высока при катетеризации:

- подключичной вены
- внутренней яремной вены
- бедренной вены
- наружной яремной вены
- частота осложнений одинакова

Бедренная вена:

- в бедренном треугольнике располагается вплотную к бедренному нерву
- является одной из границ бедренного треугольника
- в бедренном треугольнике глубже и медиальней бедренной артерии
- в бедренном треугольнике латеральней бедренного нерва
- все ответы верны

После выполнения катетеризации верхней полой вены из подключичного доступа у больного отмечено набухание шейных вен и резкое возрастание ЦВД. Можно заподозрить:

- воздушную эмболию
- ранение и тампонаду сердца
- пункцию подключичной артерии
- стояние катетера во внутренней яремной вене
- пневмоторакс

Игла, направленная в спинномозговое пространство, должна проходить через следующие анатомические образования, кроме:

- кожа
- надостистая связка
- желтая связка
- серая субстанция
- твердая мозговая оболочка

Наибольшее количество анестезиологических осложнений происходит:

- во время индукции анестезии и интубации трахеи
- во время восстановления после анестезии и экстубации трахеи
- во время индукции анестезии, интубации и экстубации трахеи
- во время травматичного этапа операции
- во время перевода пациента в профильное отделение

Наибольшее количество летальных анестезиологических осложнений происходит в результате:

- анафилактических и анафилактоидных реакций
- механических осложнений катетеризаций центральных вен
- трансфузионных реакций
- невозможности обеспечить проходимость дыхательных путей
- невозможности обеспечить сосудистый доступ

Клинические проявления высокого спинального блока:

- развивается через 5-10 минут, сопровождается брадикардией, гипотонией, затруднением дыхания, судорогами
- развивается через 20- 30 минут, тахикардия, гипертензия, онемение лица
- развивается через сразу после введения анестетика, сопровождается резкой гипотонией, слюнотечением, светобоязнью, апноэ
- развивается через сразу после введения анестетика остановка сердечной деятельности без эффекта от проводимых реанимационных мероприятий
- развивается через 5-10 минут, снижением артериального давления, повышением температуры тела, угнетением сознания, патологическим дыханием

При внутрисосудистом введении амидных анестетиков (лидокаин, бупивакаин и др) типичны:

- анафилактические реакции
- анафилактоидные реакции
- токсические реакции
- парестезии
- все в равной степени

Анестетиком выбора у больных с неостановленным кровотечением и сохраняющейся гипотонией можно считать:

- кетамин
- пропофол
- тиопентал
- севоран
- только вариант проводниковой анестезии

Миоз зрачков во время анестезии обусловлен:

- кетамином
- афферентной болевой стимуляцией
- ингаляционными анестетиками
- фентанилом
- все ответы верны

Проведение анестезиологического обеспечения с низким и минимальным потоком свежего газа не допускается без наличия:

- инвазивного измерения АД
- адсорбера и капнометрии

- центрального венозного доступа
- согласия оперирующего хирурга
- возможности проведения фибробронхоскопии

В основе интраоперационного мониторинга боли (Analgesia Nociception Index - ANI):

- интегральная оценка исключительно парасимпатического тонуса нервной системы
- интегральная оценка исключительно симпатического тонуса нервной системы
- интегральная оценка взаимодействия парасимпатических и симпатических влияний нервной системы
- изучение ритмической активности Пейсмекеровских клеток синусового узла
- все вышперечисленное

Классическая схема декураризации включает:

- эуфиллин, кордиамин, преднизолон
- эуфиллин, кордиамин, прозерин
- эуфиллин, прозерин
- атропин, прозерин
- атропин, преднизолон

У больных с внутричерепной гипертензией при анестезии:

- целесообразно сохранить спонтанное дыхание на фоне атарактанальгезии
- показана умеренная гипервентиляция
- следует использовать кетамин
- следует воздержаться от введения манитола
- поддерживать умеренно повышенное артериальное давление

Элиминации Хоффмана подвергаются:

- атракурий и цисатракурий
- рокуроний и векуроний
- суксаметоний
- панкуроний и пипекуроний
- ни один из вышперечисленных

Введение тиопентала натрия в концентрации выше 1% может привести к:

- тахифилаксии
- тахиаритмии
- злокачественной гипертермии
- ларингоспазму
- бронхоспазму

Миорелаксантами выбора при почечной недостаточности будут:

- суксаметоний или панкуроний
- пипекуроний или рокуроний
- атракурий или цисатракурий
- векуроний или мивакурий
- суксаметоний и пипекуроний

Высокоаллергенная ПАБК является продуктом метаболизма:

- аминоэфирных местных анестетиков
- аминоамидных местных анестетиков
- всех местных анестетиков
- ни одного из местных анестетиков

- ПАБК – это стабилизирующий компонент в растворах местных анестетиков

К абсолютным противопоказаниям для проведения СМА относятся:

- преклонный возраст и беременность
- инфекция в месте пункции, гиповолемический шок
- нежелание хирургов проводить операцию в условиях СМА
- прогнозируемая трудная интубация трахеи и злокачественная гипертермия в семейном анамнезе
- фибрилляция предсердий и гипертоническая болезнь

В комплекс лечения постпункционной головной боли не входит:

- постельный режим
- инфузия кофеина
- опиоидные анальгетики
- НПВС
- профилактика гиповолемии

Нейроаксиальная блокада на поясничном уровне вызывает гипотензию по причине:

- развития брадикардии
- непосредственного воздействия анестетика на сосудистый тонус
- снижения ударного объема
- блокадой симпатической иннервации артериол
- комбинации перечисленных факторов

Линия, проведенная на уровне нижних углов лопаток, соответствует:

- 3 грудной позвонок
- 5 грудной позвонок
- 7 грудной позвонок
- 9 грудной позвонок
- 11 грудной позвонок

Линия, проведенная между верхними краями подвздошной кости, соответствует:

- 10 грудной позвонок
- 12 грудной позвонок
- 2 поясничный позвонок
- 4 поясничный позвонок
- 6 поясничный позвонок

Злокачественная гипертермия в семейном анамнезе является противопоказанием к использованию:

- галогенсодержащих ингаляционных анестетиков и деполяризующих миорелаксантов
- местных анестетиков и недеполяризующих миорелаксантов
- барбитуратов
- бензодиазепинов
- всех вышеперечисленных препаратов

Рутинная премедикация включает:

- атропин, димедрол
- атропин, димедрол, метоклопрамид
- атропин, димедрол, метоклопрамид, преднизолон
- атропин, промедол

- рутинная премедикация нецелесообразна, каждый пациент требует индивидуального подхода

Расчет дозы препарата должен осуществляться:

- в мл/час (мл/минуту)
- в мг/мкг
- в мг/мл (мкг/мл)
- в мг/кг (мкг/кг)
- «на глазок»

Фармакокинетика любого лекарственного препарата определяется следующими параметрами, кроме:

- абсорбция
- распределение
- перераспределение
- биотрансформация
- экскреция

Флумазенил (анексат) – специфический антагонист:

- бензодиазепиновых рецепторов
- опиоидных рецепторов
- м-холинорецепторов
- холинэстеразы
- гистаминовых рецепторов

Препарат для наркоза не снижающий потребление O₂ клетками головного мозга:

- фентанил
- тиопентал
- диазепам
- кетамин
- все средства для наркоза являются церебропротекторами

Непреднамеренное внутрисосудистое введение местного анестетика (или его передозировка при правильном введении) приведет к:

- анафилактическому шоку
- нейротоксическому и кардиотоксическому эффектам
- нефротоксическому и гепатотоксическому эффектам
- всему вышеперечисленному
- ни к чему из вышеперечисленного

Частота развития постпункционной головной боли, как осложнения СМА, зависит, главным образом от:

- продолжительности анестезии и характера оперативного вмешательства
- возраста пациента и диаметра иглы
- вида и объема введенного интратекально местного анестетика
- опыта анестезиолога и уровня пункции субарахноидальной оболочки
- наличия травм позвоночника в анамнезе у пациента

Расположите стадии блокады нервных волокон в верной последовательности:

- выключение болевой и температурной – проприоцептивной чувствительности и проводимости двигательных импульсов – тактильной чувствительности

- выключение тактильной – проприоцептивной чувствительности и проводимости двигательных импульсов -- выключение болевой и температурной чувствительности
- выключение болевой и температурной – тактильной – проприоцептивной чувствительности и проводимости двигательных импульсов
- выключение проприоцептивной чувствительности и проводимости двигательных импульсов – болевой и температурной – тактильной чувствительности
- выключение проприоцептивной чувствительности и проводимости двигательных импульсов – тактильной – болевой и температурной чувствительности

Баричность – свойство местного анестетика не позволяющее:

- увеличить силу нейроаксиального блока
- снизить общую дозу местного анестетика
- регулировать уровень нейроаксиального блока
- провести односторонний нейроаксиальный блок
- все вышеперечисленное

Местный анестетик, разрешенный к внутривенному применению:

- новокаин
- лидокаин
- бупивакаин
- ропивакаин
- в/в введение местных анестетиков запрещено

Шок это:

- по-нашему
- снижение систолического АД ниже 90 мм рт. ст.
- состояние предельной мобилизации всех внутренних резервов организма
- бледность кожных покровов, холодный пот и беспокойство пациента
- дистресс реакция организма на различные этиологические факторы с дизоксией всех органов и систем

Показаниями для катетеризации центральных вен является все нижеперечисленное, за исключением:

- необходимость проведения длительного парэнтерального питания
- коагулопатия
- контроль центрального венозного давления
- отсутствие периферических вен
- проведение расширенного гемодинамического мониторинга

Показатели эффективности противошоковых мероприятий все кроме:

- ЧСС менее 120 уд/мин
- АДср – не менее 60 мм.рт.ст.
- оценка по шкале ком Глазго не менее 12
- диурез от 0,5-0,8 мл/кг/ч
- нормализация рН капиллярной крови

Отметьте единственный вид гипоксии не обусловленный изменениями внутренней среды и эффективности функций органов и систем организма:

- тканевая гипоксия
- циркуляторная гипоксия
- гемическая гипоксия
- гипоксическая гипоксия

- дыхательная гипоксия

Кислородно-транспортная функция крови не зависит от:

- сердечного выброса
- ОЦК
- сродства Hb к кислороду
- уровня Hb
- уровня альбумина

Одномолярный раствор калия хлорида это:

- 1,5% раствор
- 3% раствор
- 4% раствор
- 7,5% раствор
- все вышеперечисленные растворы

В результате увеличения концентрации каких осмотически активных веществ может развиваться гиперосмолярный синдром:

- K⁺, Mg⁺, Na⁺, Ca⁺
- белков плазмы, глюкозы и мочевины
- K⁺ и Na⁺
- только глюкозы и мочевины
- Na⁺, глюкозы и мочевины

Суточная потребность организма в K⁺

- 20 – 40 ммоль/л
- 40 – 100 ммоль/л
- 60 - 140 ммоль/л
- 80 – 160 ммоль/л
- 60 – 200 ммоль/л

Суточная потребность организма в Na⁺:

- 50 – 150 ммоль/л
- 100 – 400 ммоль/л
- 200 – 250 ммоль/л
- 150 – 200 ммоль/л
- более 100 ммоль/л

В 1 мл 7,5% KCl содержится:

- 1 ммоль K⁺
- 10 ммоль K⁺
- 7,5 ммоль K⁺
- 75 ммоль K⁺
- 100 ммоль K⁺

В норме у взрослого весом 70 кг диурез равен:

- 70 мл/час
- 140 мл/час
- 210 мл/час
- 350 мл/час
- 420 мл/час

Диурез в норме:

- 0,1-0,5 мл/кг м тела/час
- 0,5-1 мл/кг м тела/час
- 1-2 мл/кг м тела/час
- 2-3 мл/ кг м тела/час
- более 3 мл/ кг м тела/час

Выберите верное утверждение:

- калий – основной внеклеточный ион, а натрий - основной внутриклеточный
- натрий – основной внутриклеточный ион, а кальций – основной внеклеточный
- кальций – основной внутриклеточный ион, а калий – основной внеклеточный
- калий – основной внутриклеточный ион, а натрий – основной внеклеточный
- магний – основной внутриклеточный ион, а фосфор – основной внеклеточный

Средняя потребность в воде у взрослых в норме составляет (мл/кг массы тела/сутки):

- 60
- 45
- 30
- 15
- 5

Скорость снижения гликемии у больных с декомпенсацией сахарного диабета:

- не должна превышать 4 ммоль/час при целевых значениях первых суток не менее 13-15 ммоль/л
- не должна превышать 8 ммоль/час при целевых значениях гликемии первых суток не менее 13-15 ммоль/л
- не должна превышать 4 ммоль/час при целевых значениях гликемии первых суток не более 13-15 ммоль/л
- не должна превышать 8 ммоль/час при целевых значениях гликемии первых суток не более 13-15 ммоль/л
- не должна превышать 4 ммоль/час при целевых значениях гликемии первых суток не более 50% от исходных значений

Формула для расчета необходимого количества натрия гидрокарбоната при коррекции метаболического ацидоза:

- $BE \times 0,3 \times pCO_2 =$ количество ммоль натрия гидрокарбоната
- $BE \times 0,3 \times \text{массу тела (кг)} =$ количество ммоль натрия гидрокарбоната
- $BE \times 3 \times pCO_2 =$ количество ммоль натрия гидрокарбоната
- $BE \times 3 \times \text{массу тела (кг)} =$ количество ммоль натрия гидрокарбоната
- $BE \times 3 \times \text{площадь поверхности тела (метры квадратные)} =$ количество ммоль натрия гидрокарбоната

Во время лечения диабетического кетоацидоза при уровне гликемии 13 ммоль/л и ниже базовым инфузионным раствором является:

- 0,9% NaCl
- дистиллированная вода
- ГЭК
- Полиионные растворы
- 5%-10% глюкоза

В 1000 мл физиологического раствора содержится:

- 126 ммоль Na⁺
- 145 ммоль Na⁺
- 154 ммоль Na⁺
- 165 ммоль Na⁺
- содержание Na⁺ различное в зависимости от технологии производства

При диабетическом кетоацидозе показано:

- внутривенное болюсное введение инсулина короткого действия
- подкожное введение инсулина короткого действия
- внутримышечное введение инсулина короткого действия
- внутривенное болюсное и внутримышечное введение инсулина короткого действия
- внутривенное микроструйное (постоянное) введение инсулина короткого действия

Показания для коррекции ацидоза натрия гидрокарбонатом:

- рН ниже 7,2 при метаболическом ацидозе и ниже 7,0 при диабетическом кетоацидозе
- рН ниже 7,0 при метаболическом ацидозе и ниже 6,8 при диабетическом кетоацидозе
- рН ниже 7,2 при метаболическом ацидозе и 7,0 при респираторном ацидозе
- рН ниже 7,0 при метаболическом ацидозе и 6,8 при респираторном ацидозе
- рН ниже 7,0 при любом типе ацидоза

Алкалоз Дэрроу развивается вследствие:

- гипервентиляции
- потерь электролитов через верхние отделы ЖКТ
- отравления этанолом
- кровопотери
- все выше перечисленное

Алкалоз Дэрроу характеризуется:

- изотоническая дегидратация, гипохлоремия, гипокалиемия
- изотоническая дегидратация, гипохлоремия, гиперкалиемия
- гипертоническая дегидратация, гиперхлоремия, гипокалиемия
- гипотоническая дегидратация, гипохлоремия, гиперкалиемия
- гипотоническая дегидратация, гиперхлоремия, гипокалиемия

Принципы коррекции алкалоза Дэрроу включают:

- введение доступных внутривенных форм кислот
- перевод на ИВЛ в режиме гиповентиляции
- Коррекция гипогидратации внутривенное введение хлоридов и калия
- перевод на ИВЛ в режиме гипервентиляции
- внутривенное введение кальция, глюкозы и инсулина, дегидратация

При декомпенсированном дыхательном ацидозе противопоказано

- перевод пациента на ИВЛ
- эндоскопическая санация ТБД
- введение жировых имульсий
- коррекция ацидоза содой
- коррекция ацидоза трометамолом

Значительная разница между измеренной лабораторно и рассчитанной осмолярностью является вероятным признаком:

- накопления в крови эндотоксических субстанций
- накопления в крови экзотоксических субстанций

- накопления в крови медиаторов воспаления
- наличие в крови неутонченного яда
- все выше перечисленное

Клинически нарушение осмолярности проявляется в первую очередь:

- отеком легких
- нарушением сознания
- олигоурией
- диспепсией
- кожным зудом

Декомпенсация КЩС определяется по отклонению от нормы:

- рН
- рСО₂
- НСО₃
- О₂
- всех показателей

Дыхательный ацидоз может развиваться вследствие:

- гипоксии
- рестриктивного поражения легких
- обструктивного поражения легких
- отека легких
- всего выше перечисленного

В среднем, нормальное содержание электролитов в плазме крови составляет:

- калий 2 ммоль/л; натрий 120 ммоль/л; хлор 90 ммоль/л
- калий 2 ммоль/л; натрий 140 ммоль/л; хлор 120 ммоль/л
- калий 4 ммоль/л; натрий 140 ммоль/л; хлор 110 ммоль/л
- калий 4 ммоль/л; натрий 140 ммоль/л; хлор 80 ммоль/л
- калий 4 ммоль/л; натрий 120 ммоль/л; хлор 90 ммоль/л

Несахарный диабет развивается вследствие:

- декомпенсации сахарного диабета 2 типа
- поражение гипофиза с уменьшением синтеза АДГ
- повышение синтеза предсердного натрийуретического пептида
- гипертонической гиперволемии
- полиурической стадии почечной недостаточности

Скорость введения инфузионных сред не зависит от:

- типа и состава инфузионной среды
- исходного волемического статуса
- сопутствующей патологии
- пожелания пациента
- непосредственного пути введения инфузионных сред

Влияние растворов ГЭК на гемостаз. Укажите верное утверждение:

- высокомолекулярные крахмалы в меньшей, чем среднемолекулярные вызывают системную гипокоагуляцию
- среднемолекулярные крахмалы в меньшей, чем высокомолекулярные вызывают системную гипокоагуляцию

- высокомолекулярные крахмалы в меньшей, чем среднемолекулярные вызывают системную гиперкоагуляцию
- среднемолекулярные крахмалы в меньшей, чем среднемолекулярные (450) вызывают системную гиперкоагуляцию
- ГЭК не влияют на гемостаз

Наибольшей калорийностью при парентеральном питании обладает:

- глюкоза
- лактоза
- аминокислоты
- жиры
- 20% раствор альбумина

Основная функция альбумина:

- пластическая
- буферная
- создание и поддержание онкотического давления
- регуляторная
- детоксикационная

Энтеральное кормление и введение жидкости следует начинать:

- не ранее 12 часов после проведения оперативного вмешательства
- не ранее 24 часов после проведения оперативного вмешательства
- в как можно ранние сроки при отсутствии противопоказаний
- не позднее 4 часов после проведения оперативного вмешательства
- только при наличии положительной динамики в состоянии пациента

Ежедневный лабораторный контроль, обязательный при проведении полного парентерального питания, включает, в том числе:

- определение АЛТ и АСТ
- посев крови на стерильность
- ОАК с лейкоцитарной формулой
- определение уровня кортизола
- определение уровня мочевины и креатинина

Синдром полиорганной недостаточности это:

- недостаточность двух и более органов и систем
- недостаточность трех и более органов и систем
- недостаточность четырех и более органов и систем
- недостаточность пяти и более органов и систем
- состояние после успешно проведенных реанимационных мероприятий

Основной орган-«мишень» реперфузионного синдрома («турникетного шока»):

- головной мозг
- сердце
- легкие
- почки
- кишечник

«Мотором» полиорганной недостаточности называют:

- дыхательную недостаточность
- церебральную недостаточность

- почечную недостаточность
- гепатоцеллюлярную недостаточность
- парез кишечника

Для типичного проявления "синдрома Мендельсона" верно все кроме:

- грамм отрицательный возбудитель инфекции
- острый пневмонит
- бронхоспазм
- локализация в нижней доле правого легкого
- склонность к абсцедированию

Критерии сепсиса по Bone:

- гипертермия + лейкоцитоз
- гипотермия + лейкопения
- любая комбинация представленных факторов (очаг инфекции, ССВО, бактериемия)
- анамнестические данные (наркомания в анамнезе, перфорация полого органа + гипертермия
- сдвиг лейкоцитарной формулы влево + ускоренная СОЭ

Основным маркером тяжести почечной недостаточности является:

- мочевины
- креатинин
- азот
- белок
- темп диуреза

Наибольшее значение в развитии гиповолемии при абдоминальном сепсисе имеет:

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

Капиллярная утечка в интерстиций при синдроме системного воспалительного ответа обусловлена, прежде всего:

- преимущественным перераспределением токсинов в интерстиций
- повышенной проницаемостью эндотелия капилляров
- повышенным гидростатическим давлением в капилляре
- лимфостазом
- синдромом малого сердечного выброса

Наиболее эффективной профилактикой стресс-поражений ЖКТ является:

- голод в течение 3х суток после оперативного лечения
- назначение прокинетиков в раннем послеоперационном периоде
- назначение ингибиторов ионной помпы в раннем послеоперационном периоде
- назначение H₂-блокаторов в раннем послеоперационном периоде
- установка назогастрального зонда с целью декомпрессии желудка

Насыщение пациента непрямыми антикоагулянтами определяется:

- по увеличению МНО в коагулограмме
- по уменьшению МНО в коагулограмме
- по удлинению АЧТВ в коагулограмме

- по укорочению АЧТВ в коагулограмме
- клинически

Достижение эффективной дозы нефракционированного гепарина определяется:

- по увеличению МНО в коагулограмме
- по уменьшению МНО в коагулограмме
- по удлинению АЧТВ в коагулограмме
- по укорочению АЧТВ в коагулограмме
- клинически

Лечение астматического статуса должно начинаться с:

- перевода на ИВЛ, миоплегии
- оксигенотерапии и внутривенного введения адреналина
- ингаляционной терапии через небулайзер, внутривенного введения глюкокортикостероидов и бронходилататоров
- внутривенного введения адреналина и бронходилататоров
- перевода на ИВЛ, миоплегии, назначения базисной терапии согласно рекомендациям пульмонолога

Методом выбора при лечении эпистатуса является:

- комбинированное назначение двух и более противосудорожных препаратов в максимально разрешенных дозировках
- методика тиопенталового сна/барбитуровой комы на фоне проведения ИВЛ
- перевод на ИВЛ и миоплегия недеполяризующими миорелаксантами
- перевод на ИВЛ и миоплегия деполяризующими миорелаксантами с постоянной динамической оценкой на предмет рецидивирования судорожного синдрома
- перевод на ИВЛ, миоплегии, назначения базисной противосудорожной терапии согласно рекомендациям невролога

Астматический статус проявляется:

- экспираторной одышкой
- инспираторной одышкой
- смешанной одышкой
- дыханием Куссмауля
- всем вышеперечисленным

Критерии ОРДС, в том числе, включают:

- $P_{aO_2}/F_{iO_2} < 200$ + двухстороннее симметричное поражение легких
- инспираторная одышка + снижение SpO_2 ниже 92% при дыхании атмосферным воздухом
- экспираторная одышка + увеличение pCO_2 выше 55
- все вышеперечисленное
- ничего из вышеперечисленного

Prone position позволяет улучшить:

- микроциркуляцию в зоне ишемии
- вентиляционно-перфузионные отношения в легких
- перистальтику кишечника
- сократительную способность миокарда
- карму

В отделении реанимации находится больной, которому проводится ВИВЛ в режиме СРАР. Оптимальным методом синхронизации такого больного с респиратором будет:

- глубокая седация и анальгезия
- глубокая седация
- глубокая седация и миорелаксация
- миорелаксация
- такому больному синхронизация не требуется

Факторы агрессии ИВЛ все, кроме

- давление плато более 35 см вод. ст.
- дыхательный объем более 10 мл/кг
- инспираторная фракция кислорода более 0,6
- инвертированное отношение вдоха к выдоху
- все вышеперечисленное

Венозный возврат крови не зависит от:

- объема циркулирующей крови
- внутригрудного давления
- положения тела
- сатурации крови
- изменения тонуса вен и скелетных мышц

Простейшая формула расчета среднего (перфузионного) давления:

- $(СД + ДД)/3$
- $3(СД - ДД)$
- $2(СД + ДД)/3$
- $(СД + 2ДД)/3$
- $(3СД - 2ДД)/2$

Фибрилляция желудочков может наступить в результате:

- гиперкалиемии
- гипокальцемии
- гипокалиемии
- гипонатриемии
- гипохлоремии

Иородное тело верхних дыхательных путей (в том числе, опухоль) проявляется:

- экспираторной одышкой
- инспираторной одышкой
- смешанной одышкой
- дыханием Куссмауля
- всем вышеперечисленным

Тетания, вследствие низкого уровня кальция, возникает в связи с удалением (дисфункцией):

- щитовидной железы
- коры надпочечников
- тимуса
- паращитовидных желез
- поджелудочной железы

Необходимые первоочередные лечебные мероприятия при травме, кроме:

- обезболивание
- иммобилизация
- инфузионная терапия
- стимуляция диуреза
- все вышеперечисленное

Перелому бедренной кости у взрослых обычно соответствует кровопотеря:

- 200-500 мл
- 500-1000 мл
- 1000-1500 мл
- 1500-2000 мл
- более 2000 мл

При полных наружных потерях желчи коагулопатия развивается вследствие:

- развития апластической тромбоцитопении
- потерь синтезируемых в печени факторов свертывания
- нарушения белково-синтезирующих функций печени
- недостаточности ферментной системы ЖКТ
- все перечисленные причины

Значительное повышение уровня непрямого билирубина может быть обусловлено:

- острым гепатитом
- желчекаменной болезнью
- внутрисосудистым гемолизом
- полными наружными потерями желчи
- всеми перечисленными причинами

При остром инфаркте миокарда противопоказано:

- снижение преднагрузки
- симпатомиметическая поддержка
- обезболивание
- инфузионная терапия коллоидами при гипотонии
- введение салуретиков

В юкстагломерулярном аппарате почек:

- секретируется альдостерон
- секретируется ренин
- поддерживается кислотно-щелочной баланс путем секреции аммония
- секретируется натрий-диуретический гормон
- все выше перечисленное

Наиболее частое осложнение длительного применения нестероидных противовоспалительных средств (НПВС):

- цефалгия
- дизурия
- острые язвы желудка
- кератоз
- аритмия

Гипокалиемия развивается при использовании:

- в-блокаторов
- салуретиков
- симпатомиметиков
- нитратов
- опиоидов

Антигистаминные препараты:

- уменьшают концентрацию гистамина в крови
- вытесняют гистамин из клеток
- блокирование гистаминовых рецепторов клеток
- активируют фермент гистаминазу
- связывают с белками высвобождающийся гистамин

Необходимые действия при развитии анафилактического шока, кроме:

- прекращение введения аллергена
- венопункция в месте, удаленном от первоначального введения аллергена
- введение гормонов и антигистаминов
- инфузионная терапия
- введение адреналина

В отношении пациентов, находящихся в критических состояниях, справедлив следующий подход:

- ранняя активизация, кинетическая терапия
- миоплегия на время проведения продленной ИВЛ
- парентеральное питание предпочтительней энтерального
- все вышеперечисленное верно
- все вышеперечисленное неверно

Прокальцитонинный тест является важным диагностическим критерием:

- наличием синдрома воспалительного ответа микробной этиологии
- нарушений обмена кальция
- дисфункции щитовидной железы
- дисфункции паращитовидных желез
- нарушений обмена магния

Синдром позиционного сдавления, как правило, осложняется:

- ДВС-синдромом
- острой почечной недостаточностью (ОПН)
- тромбозом легочной артерии
- гипокалиемией
- аритмогенным шоком

Состав раствора Амбурже:

- раствор заводского производства
- глюкоза 40% - 200 мл + KCl 3% - 20 мл + инсулин 20 ЕД
- глюкоза 5% - 200 мл + CaCl₂ 10% - 40 мл + кордарон 300 мг
- глюкоза 40% - 200 мл + CaCl₂ 10% - 20 мл + актрапид 20 ЕД
- NaCl 0,9% - 200 мл + KCl 3% - 20 мл + MgSO₄ 25% - 20 мл

Препаратом выбора в лечении анафилактического шока является:

- фенилэфрин
- эпинефрин

- преднизолон
- дексаметазон
- димедрол

Симпатомиметик наиболее эффективный в лечении «теплого» септического шока с нестабильной гемодинамикой считается:

- дофамин
- добутамин
- адреналин
- норадреналин
- сочетание дофамина с мезатоном

Концепция рациональной антибактериальной химиотерапии подразумевает:

- назначение максимальных доз нескольких антибиотиков широкого спектра действия, перекрывающих весь спектр бактериальной флоры
- назначение адекватных доз антибиотиков в соответствии с результатами посевов биологических сред на микрофлору и чувствительность к антибиотикам
- назначение антибиотиков согласно заключению клинического фармаколога
- интраоперационная антибиотикофилактика бета-лактамым антибиотиком
- введение антибиотика широкого спектра действия в рану

К характерным признакам гипокальциемии не относится:

- «сардоническая улыбка»
- «туннельный синдром»
- «конская стопа»
- парестезии
- судорожный синдром

Какая классификация позволяет оценить глубину седации пациента?

- RASS
- RIFLE
- Mallampati
- APACHE
- Glasgow

Показания к госпитализации в отделение реанимации определяет:

- главный врач больницы
- зам. главного врача по лечебной части
- врачебный консилиум в составе не менее трех специалистов
- зав. отд. реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач анестезиолог-реаниматолог
- зав. профильным отделением

Показанием к переводу в отделение реанимации служит:

- пожелание врача профильного отделения
- необходимость проведения трансфузионной терапии
- тяжелое состояние больного
- протезирование временно и обратимо утраченных функций жизненно важных органов
- отклонение в результатах лабораторных исследований более чем 10 норм

Должности врачей анестезиологов-реаниматологов устанавливаются из расчета:

- на количество операционных столов
- на оперативную активность

- на количество хирургических коек
- исходя из рассчитанной потребности в анестезиологической помощи
- на усмотрение главного врача МО

Во время проведения анестезиологического пособия возможно на время не более 5 минут:

- покидать операционную анестезиологу
- покидать операционную сестре-анестезистке
- покидать операционную поочередно анестезиологу и сестре-анестезистке
- анестезиологу запрещено покидать операционную
- правило присутствия анестезиологической группы в операционной не регламентируется

Приказ в настоящее время регламентирующий службу анестезиологии и реаниматологии:

- Приказ Минздрав соцразвития РФ от 13 апреля 2011 г. № 315н
- Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 919н
- Приказ Минздрава СССР от 11 июня 1986 г. № 841
- Постановление Правительства РФ от 20 сентября 2012 г. N 950
- Служба регламентируется внутренними распорядками медицинских учреждений в соответствии с конституцией РФ и местным законодательствам

Исполнение большинства требований изложенных в Приказе Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 919н:

- возможно изменено/отменено решением руководителя лечебного учреждения
- возможно изменено/отменено решением местных органов самоуправления территорий
- строго обязательно к исполнению
- не обязательно к исполнению
- не определено в приказе

В Приказе Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 919н:

- подробно прописаны функциональные обязанности отделения анестезиологии и реанимации
- указан минимально необходимый набор оснащенности отделения анестезиологии и реанимации
- указан максимальный набор оснащенности отделения анестезиологии и реанимации
- прописаны обязательства, ответственности и права сторон
- подробно не указано оснащение отделения анестезиологии и реанимации

Структура и объем оказания медицинской помощи определяется:

- конституцией РФ
- приказами главного врача
- соответствующими национальными руководствами и методическими рекомендациями
- соответствующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи
- регламентируется местным законодательством

Порядки ведения медицинской документации все, кроме:

- в настоящее время не регламентируются централизованно
- должны соответствовать требованиям, предъявляемым надзорными органами
- должны соответствовать требованиям, предъявляемым страховыми медицинскими организациями
- должны соответствовать требованиям, предъявляемым руководством лечебного учреждения
- обязательно дублироваться на электронные носители информации

Размеры (диаметры) дыхательных контуров:

- 15 мм – неонатальный, 22 мм – педиатрический, 29 мм - взрослый
- 10 мм - неонатальный, 15 мм – педиатрический, 22 мм – взрослый
- 22 мм – неонатальный, 29 мм – педиатрический, 34 мм – взрослый
- 20 мм – неонатальный, 21 мм – педиатрический, 22 мм - взрослый
- 25 мм – неонатальный, 29 мм – педиатрический, 45 мм – взрослый

Выбор размера ЭТТ для детей осуществляется по формуле:

- $(N/4) + 4 =$ диаметр ЭТТ, где N – масса тела ребенка в килограммах
- $(N/4) + 4 =$ диаметр ЭТТ, где N – возраст ребенка в годах
- $(N/2) + 4 =$ диаметр ЭТТ, где N – возраст ребенка в годах
- $(N/2) + 4 =$ диаметр ЭТТ, где N – масса тела ребенка в килограммах
- $(N/4) + 4 =$ диаметр ЭТТ, где N – площадь поверхности тела ребенка в метрах квадратных

Глубина стояния ЭТТ (расстояние в сантиметрах от кончика трубки до красной каймы гу~ определяется по формуле:

- $N \times 3 =$ глубина, где N – диаметр ЭТТ
- $N \times 5 =$ глубина, где N – диаметр ЭТТ
- $N \times 3 =$ глубина, где N – возраст ребенка в годах
- $N \times 5 =$ глубина, где N – возраст ребенка в годах
- $N \times 4 =$ глубина, где N – площадь поверхности тела ребенка в метрах квадратных

Глубина стояния ЭТТ (расстояние в сантиметрах от кончика трубки до красной каймы гу~ для детей старше года при оротрахеальной интубации определяется по формуле:

- $N/2 - 13 =$ глубина, где N – диаметр ЭТТ
- $N/2 + 13 =$ глубина, где N – диаметр ЭТТ
- $N/2 + 13 =$ глубина, где N – возраст ребенка в годах
- $N/2 - 13 =$ глубина, где N – возраст ребенка в годах
- $N/2 + 13 =$ глубина, где N – площадь поверхности тела ребенка в метрах квадратных

Правильное проведение электрической дефибрилляции у детей:

- 2 Дж на кг м тела бифазно и 4 Дж на кг м тела монофазно
- 4 Дж на кг м тела бифазно и 2 Дж на кг м тела монофазно
- 4 Дж на кг м тела бифазно и 6 Дж на кг м тела монофазно
- 6 Дж на кг м тела бифазно и 4 Дж на кг м тела монофазно
- 4 Дж на кг м тела моно - и бифазно

Характерной особенностью бронхиального дерева у детей является:

- малый диаметр бронхов, высокое аэродинамическое сопротивление
- большой диаметр бронхов, низкое аэродинамическое сопротивление
- большой диаметр бронхов, высокое аэродинамическое сопротивление
- малый диаметр бронхов, низкое аэродинамическое сопротивление
- длинные и толстые бронхи, отсутствие аэродинамического сопротивления

Улучшенное Джексоновское положение у детей всех возрастов, до дошкольного:

- эффективно
- неэффективно
- более эффективно, чем у взрослых
- тем эффективнее, чем младше ребенок
- применяется по жизненным показаниям

У детей всех возрастов, до школьного, наиболее узкая часть дыхательных путей:

- находится между голосовых связок
- расположена на уровне бифуркации трахеи
- расположена в подсвязочном пространстве
- находится между миндалинами
- расположена в районе небной миндалины

Слабое развитие кардиального сфинктера желудка у детей приводит:

- к повышенному аппетиту
- к высокой вероятности регургитации и аспирации желудочного содержимого
- к минимальной вероятности регургитации и аспирации желудочного содержимого
- к пониженному аппетиту
- у детей кардиальный сфинктер желудка хорошо развит с самого рождения

Потребность в кислороде, в мл/кг массы тела в минуту:

- тем выше, чем старше ребенок
- тем выше, чем выше ребенок
- тем выше, чем младше ребенок
- не отличается от таковой у взрослых
- потребность в кислороде измеряется не в мл/кг/минуту, а в об%

Пропофол в педиатрической практике:

- противопоказан
- разрешен исключительно для седации в ОРИТ
- разрешен с 12-летнего возраста
- разрешен исключительно для индукции анестезии
- разрешен для индукции и поддержания анестезии с возраста 1 месяц.

В педиатрической практике оптимальным является налаживание надежного сосудистого доступа (катетеризация периферической вены):

- до индукции анестезии
- во время индукции анестезии
- после индукции анестезии
- сосудистый доступ необязателен, анестетики можно вводить внутримышечно и/или ингаляционно
- при подозрении на большой объем кровопотери

Периоперационная инфузия у детей проводится:

- только в случае продолжительных и травматичных операций
- только при наличии тяжелой гиповолемии
- только при кровопотере
- никогда не проводится
- проводится всегда, при отсутствии противопоказаний

Перечень рутинных исследований для подготовки ребенка к анестезии:

- существенно отличается от такового у взрослых пациентов
- является стандартным с возможными индивидуальными дополнительными исследованиями на усмотрение врача-анестезиолога
- дети — в большинстве своем здоровы, поэтому рутинных исследований не требуется
- объем исследований определяется исключительно хирургом профильного отделения
- объем исследований определяется исключительно врачом-педиатром

Использование эндотрахеальных трубок (ЭТТ) с манжетой в педиатрической анестезиологии:

- противопоказано
- возможно только во время продолжительных операций
- возможно только при высоком риске регургитации и аспирации желудочного содержимого
- возможно только с уменьшением расчетного размера ЭТТ на 0,5
- возможно только с увеличением расчетного размера ЭТТ на 0,5

Катетеризацию центральных вен у детей:

- имеет право проводить любой врач, имеющий сертификат по специальности «анестезиология и реаниматология»
- имеет право проводить любой врач, имеющий сертификат по специальности «педиатрическая анестезиология и реаниматология»
- имеет право проводить любой врач, имеющий сертификат по специальности «педиатрия»
- не проводят вообще
- проводят только при наличии в стационаре отделения детской реанимации

При проведении продленной ИВЛ у детей удовлетворительной синхронизации с респиратором добиваются:

- введением миорелаксантов
- подбором адекватных режимов вентиляции
- введением опиоидных анальгетиков
- введением гипнотиков
- введением гипнотиков, анальгетиков и миорелаксантов

Оптимальным положением ребенка при проведении продленной ИВЛ является положение:

- на спине
- на животе
- на правом или левом боку
- Тренделенбурга
- оптимальным подходом является постоянная смена положений тела

При статусном течении генерализованного судорожного синдрома перевод ребенка на ИВЛ:

- показан с целью проведения миорелаксации
- показан с целью профилактики вторичной гипоксии головного мозга
- противопоказан
- не показан, если в промежутках между генерализованными судорогами сохранено самостоятельное эффективное дыхание
- не показан, если проводится подбор противосудорожной терапии

Любая гипергликемия в детском возрасте:

- физиологична
- требует немедленной коррекции инсулином
- требует немедленной коррекции пероральными сахароснижающими препаратами
- требует немедленной коррекции методом гиперволемической гемодилюции
- требует немедленного установления причины с последующей коррекцией

Длительное голодание у ребенка приведет к:

- гипогликемии и метаболическому ацидозу
- гипогликемии и метаболическому алкалозу
- гипергликемии и респираторному ацидозу
- гипергликемии и респираторному алкалозу
- гиперкальциемии

Препараты калия внутривенно в педиатрической практике назначаются:

- при любом тяжелом и крайне тяжелом состоянии
- при проведении ИВЛ
- при длительном нахождении в отделении реанимации
- в установленной гипокалиемии на фоне сохранной функции почек
- никогда не назначаются

Перевод на полное парентеральное питание в педиатрической практике осуществляется:

- при отказе ребенка от еды
- при низком уровне сознания
- при тяжелой дисфункции ЖКТ
- при тяжелой гипоальбуминемии
- полное парентеральное питание в педиатрической практике не проводится

Наложение трахеостомы в педиатрической практике:

- показано в случае проведения ИВЛ дольше 7 суток
- показано в случае проведения ИВЛ дольше 21 суток
- показания определяются индивидуально с учетом нескольких факторов
- противопоказано во всех случаях
- показания определяются исключительно ЛОР-врачом

Измерение массы тела у детей в возрасте до 1 года в отделениях реанимации проводится:

- только при поступлении
- только при поступлении и переводе в другое отделение
- ежедневно
- ежесуточно
- 1 раз в неделю

Препаратом первой помощи при анафилактическом шоке у детей является:

- преднизолон
- адреналин
- димедрол
- супрастин
- кальция хлорид

Темп диуреза в мл/кг массы тела с возрастом:

- снижается
- увеличивается
- не изменяется
- у мальчиков снижается, у девочек увеличивается
- у мальчиков увеличивается, у девочек снижается

Диапазон нейтральной и критической температуры окружающей среды:

- одинаков у взрослых и детей
- одинаков у детей всех возрастов
- тем меньше, чем меньше возраст ребенка
- тем меньше, чем больше возраст ребенка
- тем меньше, чем больше масса тела ребенка

Наклон операционного стола или положения тела для смещения матки с целью предупреждения аорто-кавальной компрессии во втором-третьем триместре беременности:

- вправо на 10 град
- влево на 15 град
- вправо на 20 град
- влево на 25 град
- подбирается индивидуально

Оптимальным вариантом анестезии при плановом кесаревом сечении, является:

- эпидуральная анестезия
- эндотрахеальный наркоз
- тотальная внутривенная анестезия
- сочетание эпидуральной анестезии и эндотрахеального наркоза
- не имеет принципиального значения

Ведущим этиологическим фактором, обуславливающим развитие судорог при эклампсии, является:

- эндотоксикоз
- нарушения КЩС
- электролитные нарушения
- отек головного мозга и кровоизлияния в вещество мозга
- гипоксия

Интенсивную терапию при приступе эклампсии следует начать с:

- дегидратации
- переливания крови
- введения противосудорожных препаратов
- общей анестезии
- коррекции основных показателей гомеостаза

Лечение эмболии околоплодными водами заключается в проведении следующих мероприятий, кроме:

- интубация трахеи, ИВЛ
- при гипотонии введение вазопрессоров
- фибринолитическая терапия
- применение кортикостероидов
- контроль ЦВД

Для эклампсии характерны следующие симптомы, кроме:

- судорожный синдром
- артериальной гипертензии
- головная боль
- гипертермия
- нефротический синдром

При беременности чувствительность организма к анестетикам:

- повышается
- снижается
- не изменяется
- снижается к ингаляционным и повышается к большинству внутривенных
- снижается к большинству внутривенных и повышается к ингаляционным

Изменение дозы местного анестетика в 3 триместре беременности:

- увеличивается на 20%
- уменьшается на 20%
- уменьшается на 40%
- увеличивается на 40%
- не изменяется

Изменение дозы ингаляционного анестетика в 3 триместре беременности:

- увеличивается на 20%
- уменьшается на 20%
- уменьшается на 40%
- увеличивается на 40%
- не изменяется

Изменение минутного объема дыхания (МО~ в 3 триместре беременности:

- увеличивается на 20%
- уменьшается на 20%
- уменьшается на 40%
- увеличивается на 40%
- не изменяется

Повышение риска развития осложнений при нейрокаудальных методах обезболивания у беременных обусловлено всем, кроме:

- расширением эпидуральных вен
- отечность мягких тканей
- узость эпидурального пространства
- анемия беременных
- поведенческие (психо-эмоциональные) дивииации

Через фето-плацентарный барьер практически не проникает:

- сукцинилхолин
- пипекурония бромид
- тиопентал
- в отсутствии плацентарной недостаточности не проникает ни один
- проникают все

Основной патогенетический фактор развития гестоза:

- гипоальбуминемия
- электролитные нарушения
- развитие генерализованного артериолоспазма
- увеличение ОЦК с развитием гипергидратации
- глобальная эндотелиальная дисфункция

Во 2м -3м триместре беременности развивается:

- гипокоагуляция за счет потребления всех звеньев плазменного гемостаза с одновременным уменьшением фибринолитической активности
- гиперкоагуляция за счет активации всех звеньев плазменного гемостаза с одновременным увеличением фибринолитической активности
- гиперкоагуляция за счет активации всех звеньев плазменного гемостаза с одновременным с уменьшением фибринолитической активности
- гипокоагуляция за счет потребления всех звеньев плазменного гемостаза с одновременным увеличением фибринолитической активности
- компенсаторная активация всех звеньев первичного (тромбоцитарного), вторичного (плазменного) гемостаза и увеличением фибринолитической активности

Перечислены риски по развитию тромбозов у беременных все, кроме:

- варикозная болезнь нижних конечностей
- ожирение и возраст старше 30 лет
- длительные статические нагрузки и гиподинамия
- анатомические особенности костей таза
- многоводие и крупный плод

Интенсивная терапия эклампсии включает все кроме:

- противосудорожная
- гипотензивная
- массивная инфузионная терапия
- почасовой контроль диурезе
- допускается в течении 6 – 24 часов

Доза 25% сульфата магния в комплексе противосудорожной терапии эклампсии:

- 10 гр в/в в течение 10-15 мин. Поддерживающая доза 2-4 г/час в течение 24 часов.
- 5 гр в/в в течение 10-15 мин. Поддерживающая доза 1-2 г/час в течение 24 часов.
- 10 гр в/в в течение 60 мин. В дальнейшем поддерживающая доза 0,5-1 г/час в течение 24 часов.
- 5 гр в/в в течение 60 мин. В дальнейшем поддерживающая доза 0,5-1 г/час в течение 24 часов.
- 10 гр в/в в течение 60 мин. В дальнейшем поддерживающая доза 2-4 г/час в течение 24 часов.

Гипотензивна терапия в комплексе лечения эклампсии может включать все, кроме:

- блокаторы Са каналов
- ?-блокаторы
- ?2-миметики
- нитроглицерин
- барбитураты

Частота компрессионных нажатий на грудную клетку при проведении СЛР у взрослых составляет:

- 40 в мин.
- 60 в мин.
- 80 в мин.
- 100 в мин.
- 120 в мин.

Азбука сердечно-легочно-церебральной реанимации по Сафару насчитывает:

- 3 буквы
- 5 букв
- 6 букв
- 9 букв
- 10 букв

Тройной прием Сафара является компонентом:

- 5 буквы азбуки реанимации
- 4 буквы азбуки реанимации
- 3 буквы азбуки реанимации
- 2 буквы азбуки реанимации
- 1 буквы азбуки реанимации

При компрессионных нажатиях на грудинную клетку при СЛР у взрослого, грудина вдавливается на глубину:

- 2-3 см.
- 3-4 см.
- 4-5 см.
- 5-6 см.
- глубина давления должна определяться для каждого конкретного случая

Соотношение «сжатия-вдохи» при проведении СЛР составляет:

- 5:1 или 15:2
- 30:2
- 30:1
- 15:1
- не имеет принципиального значения

При проведении СЛР допустимо:

- перелом ребер
- переломы грудины
- пневмоторакс
- отлом мечевидного отростка грудины
- недопустимо все перечисленное

Прекращение реанимационных мероприятий допускается:

- при констатации смерти головного мозга
- при неэффективности реанимационных мероприятий в полном объеме в течение 30 мин. у взрослых
- при отсутствии сердцебиения по истечении 10 мин. с начала реанимационных мероприятий в полном объеме у новорожденных
- при неэффективности реанимационных мероприятий в полном объеме в течение 15 мин. у пациентов с документально подтвержденной декомпенсированной хронической патологией
- допускается прекращение реанимационных мероприятий при любой из вышеуказанных причин

Реанимационные мероприятия должны продолжаться:

- не менее 20 минут
- не менее 30 минут
- не менее 45 минут
- не более 60 минут

- не более 2 ч

Фармакологическая дефибрилляция проводится:

- калия хлоридом
- кальция хлоридом
- кальция глюконатом
- амиодароном
- такого вида дефибрилляции не существует

Лекарственные препараты, обязательные к применению при проведении сердечно-легочной реанимации, кроме:

- кордарон (амиодарон);
- адреналин;
- атропин;
- бикарбонат натрия
- обязательны к применению все перечисленные

Какой вид нарушений ритма сердца является типичным при контактном поражении бытовым электрическим током (напряжение 220 В, сила тока 150 мА)

- асистолия
- синдром слабости синусового узла
- фибрилляция желудочков
- мерцание предсердий
- полная АВ-блокада

Наличие фибрилляции желудочков можно диагностировать на основании:

- показателей гемодинамики
- аускультативно
- данных ЭКГ
- визуально при вскрытии плевральной полости
- все ответы верны

Различают виды дефибрилляции, кроме:

- хирургическую
- механическую
- фармакологическую (химическая)
- рефлекторную
- электрическую

При отсутствии ЭКГ-контроля электрическую дефибрилляцию:

- не проводят
- проводят
- проводят после введения адреналина
- проводят однократно
- ЭКГ контроль не имеет значения при проведении СЛР

В состав фармакологической (химической) дефибрилляции обязательно включение:

- адреналин, атропин, хлористый кальций
- адреналин, атропин, сода (бикарбонат натрия)
- адреналин, атропин, амиодарон, а при его отсутствии - лидокаин
- адреналин, хлористый кальций, сода (бикарбонат натрия)
- адреналин, атропин, хлористый кальций, сода (бикарбонат натрия)

Доза адреналина при проведении (химической) дефибрилляции у взрослого:

- 1 мг каждые 3-5 минут в/в
- 3 мг однократно в/в
- по 3 мг каждые 3-5 минут в/в
- по 5 мг каждые 3-5 минут в/в
- 5 мг однократно в/в

Доза атропина при проведении (химической) дефибрилляции у взрослого:

- 1 мг каждые 3-5 минут в/в
- 3 мг однократно в/в
- по 3 мг каждые 3-5 минут в/в
- по 5 мг каждые 3-5 минут в/в
- 5 мг однократно в/в

Доза амиодарона при проведении (химической) дефибрилляции:

- после 3-го неэффективного разряда дефибриллятора в дозе 300 мг (разведенной в 20 мл физиологического раствора или 5% глюкозы). В последующем продолжить в/в капельное введение в дозе 0,5-1 мг/мин
- по 300 мг (разведенный в 20 мл физиологического раствора или 5% глюкозы) каждые 3-5 минут
- до разряда дефибриллятора в начальной дозе 300 мг (разведенной в 20 мл физиологического раствора или 5% глюкозы). В последующем продолжить в/в капельное введение в дозе 900 мг более 24 часов
- однократно после 3-го неэффективного разряда дефибриллятора в дозе 150 мг (разведенной в 20 мл физиологического раствора или 5% глюкозы)
- по 150 мг (разведенный в 20 мл физиологического раствора или 5% глюкозы) каждые 3-5 минут

При отсутствии сосудистого доступа введение адреналина рекомендовано:

- инъекцией под язык
- эндотрахеально
- внутрисердечной инъекцией
- возможны все вышеперечисленные манипуляции
- адреналин не вводится

В отсутствие амиодарона при СЛР доза лидокаина:

- 400 мг (6 мг/кг, при необходимости дополнительно болюсно по 100 мг (при этом общая доза не должна превышать 10 мг/кг в течение 1 час~
- 200 мг (3 мг/кг, при необходимости дополнительно болюсно по 80 мг (при этом общая доза не должна превышать 5 мг/кг в течение 1 час~
- 150 мг (2 мг/кг, при необходимости дополнительно болюсно по 40 мг (при этом общая доза не должна превышать 4 мг/кг в течение 1 час~
- 100 мг (1-1,5 мг/кг), при необходимости дополнительно болюсно по 50 мг (при этом общая доза не должна превышать 3 мг/кг в течение 1 часа)
- 40 мг (0,5 мг/кг), при необходимости дополнительно болюсно по 20 мг (при этом общая доза не должна превышать 3 мг/кг в течение 1 часа)

Для постреанимационной болезни справедливо следующее утверждение:

- это ятрогенное осложнение
- развивается только при переломе ребер в процессе СЛР
- развивается у всех больных, переведенных из отделения реанимации

- имеет 100% летальность
- тяжесть зависит от выраженности и длительности перенесенной гипоксии

Отметьте верное утверждение относящееся к применению Бикарбонату натрия в СЛР:

- доза при СЛР должна составлять более 50 ммоль (50 мл 8,4% раствора)
- применяется при подозрении на метаболический ацидоз
- необходим при любом декомпенсированном ацидозе
- обязательно применяется при любой СЛР
- рутинное применение в процессе СЛР или после восстановления самостоятельного кровообращения не рекомендуется

Правила прекращения реанимационных мероприятий регламентируются:

- методическими рекомендациями европейского совета по реанимации
- утвержденными Минздравом РФ методическими указаниями № 2000/104.
- появившимися признаками биологической смерти
- постановлением правительства РФ от 20 сентября 2012 г. N 950
- истечением времени (30 минут) с учетом использования всех возможных в данной ситуации средств и методов дефибрилляции

Правильное проведение электрической дефибрилляции у взрослых:

- биполярный (бифазный дефибриллятор) 150-200-360 Дж далее также или максимум мощности; монополярный (монофазный) всегда 360 Дж
- биполярный (бифазный дефибриллятор) всегда 360 Дж; монополярный (монофазный) 150-200-360 далее также или максимум мощности
- биполярный (бифазный дефибриллятор) 360-200-150 Дж далее также или минимум мощности; монополярный (монофазный) всегда 360 Дж
- биполярный (бифазный дефибриллятор) всегда 360 Дж; монополярный (монофазный) 150-200-360-200-150 далее также или минимум мощности
- не имеет принципиального значения

Переливание крови и ее компонентов регламентируется:

- 125 приказом
- 183 приказом
- 267 приказом
- 363 приказом
- 467 приказом

Согласно приказу о переливании крови и ее компонентов врач анестезиолог-реаниматолог:

- имеет право проводить трансфузионную терапию
- не имеет права проводить трансфузионную терапию
- имеет право проводить трансфузионную терапию, если не задействован в проведении анестезиологического обеспечения
- имеет право проводить трансфузионную терапию в любом случае, но только при наличии сертификата по специальности «врач-трансфузиолог»
- приказ о переливании крови и ее компонентов не регламентирует действия врача анестезиолога-реаниматолога

К показаниям для проведения трансфузии СЗП относятся:

- гипопротейнемия и кахексия
- необходимость проведения полного парентерального питания
- предоперационная подготовка при обширных оперативных вмешательствах

- дефицит плазменных факторов свертывания, гипокоагуляция и ДВС
- все вышеперечисленное

Возможно переливание СЗП:

- только в/в капельно
- только в/в струйно
- не регламентируется
- скорость введения определяет возраст реципиента
- струйно при остром ДВС-синдроме в стадии гипокоагуляции

При переливании СЗП реципиенту необходимо:

- проведение пробы на совместимость по системе АВО
- проведение биологической пробы
- подбор СЗП по фенотипу
- переливание плазмы в соответствии с резус - принадлежностью
- все вышеперечисленное

При плановой гемотрансфузии фенотипирование по 10 антигенам:

- рекомендовано
- обязательно
- не регламентируется
- определение фенотипа обязательно при предшествующих гемотрансфузиях
- определение фенотипа рекомендовано при предшествующих гемотрансфузиях

Показание для переливания донорской крови или эр-массы:

- остро развившаяся анемия сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 70-80 г/л и возникновением циркуляторных нарушений
- хроническая анемия со снижением уровня гемоглобина ниже 60-70 г/л
- остро развившаяся анемия сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 60-70 г/л
- хроническая анемия со снижением уровня гемоглобина ниже 40-60 г/л
- острая анемия сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 80-90 г/л и хроническая анемия со снижением уровня гемоглобина ниже 60-70 г/л

Назовите время отсчета реакции агглютинации при определении резус-принадлежности по цоликлонам:

- 2 минуты
- 3 минуты
- 5 минут
- 10 минут
- 15 минут

Главное специфическое осложнение трансфузионной терапии:

- повышение температуры тела
- гемолиз
- судороги и потеря сознания
- диарея
- анафилактикоидная реакция

Реакция агглютинации - это:

- ухудшение свертываемости крови
- иммунизация крови резус фактором

- склеивание эритроцитов с последующим их разрушением
- внутрисосудистое свертывание крови
- активация свертывающей системы крови

Для проведения биологической пробы следует:

- ввести струйно однократно 20 мл крови или ее компонентов и наблюдать за состоянием больного 5 минут
- ввести капельно 20 мл крови или ее компонентов, наблюдать за состоянием больного 5 минут
- ввести капельно трехкратно по 50 мл крови или ее компонентов, наблюдать за состоянием больного 5 минут
- ввести струйно трижды по 20 мл крови или ее компонентов с интервалом 5 минут, наблюдая за больным
- ввести струйно дважды 10 мл крови или ее компонентов с интервалом 3 минут, наблюдая за больным

Индивидуальный подбор компонентов крови проводится всем, кроме:

- реципиентам имеющих в анамнезе посттрансфузионные осложнения
- реципиенты имеющие аллоиммунные антитела
- реципиентам - детям до 5 лет
- реципиентам с анамнезом рождения ребенка с гемолитической болезнью новорожденного
- реципиентам с иммунопролиферативными заболеваниями

Назовите сроки и температурный режим хранения остатков трансфузионной среды после её переливания:

- 24 часа при температуре +4, +8 °С
- 48 часа при температуре до +15°С
- 48 часов при температуре +2, +6 °С
- 24 часа при температуре до +15°С
- 14 суток при температуре – 15, – 20 °С

Назовите первичные клинические признаки осложнения при переливании несовместимой крови больному:

- остановка дыхания и сердечной деятельности
- рвота и кровохарканье, потеря сознания
- частый жидкий стул
- беспокойство, озноб, боли в пояснице, одышка, изменение цвета мочи
- сосудистый коллапс, профузный холодный пот, угнетение сознания

К трансфузионным средам относятся:

- декстраны
- ГЭКи
- производные желатина
- все вышеперечисленное
- ничего из вышеперечисленного

Расчетная и теоретическая осмолярность плазмы крови могут различаться при:

- утоплении в пресной воде
- утоплении в соленой воде
- отравлении токсикозе

- обширных ожогах
- тяжелой сочетанной травме

Укажите пути поступления оксида углерода в организм:

- ингаляционный
- пероральный
- перкутанный
- через раневые и ожоговые поверхности
- все выше перечисленное

При отравлении большинством ядов развивается:

- метаболический алкалоз
- метаболический ацидоз
- гемоглобиновый алкалоз
- гемоглобиновый ацидоз
- возможен любой вариант

Оксид углерода из организма выделяется:

- в неизменном состоянии через легкие
- в виде конъюгатов с глутатионом через почки
- в виде конъюгатов с глутатионом через желудочно-кишечный тракт
- преобразуется в углекислый газ
- все выше перечисленное

Тетанотоксин - это экзотоксин микроорганизма, вызывающего инфекционное заболевание:

- чуму
- ботулизм
- сибирскую язву
- столбняк
- холеру

Наиболее типичным ранним проявлением интоксикации ботулотоксином является:

- миофибрилляция
- судороги
- бронхоспазм
- птоз
- гиперемия кожных покровов

Основным критерием тяжести отравления уксусной кислотой является:

- уровень гемолиза
- температура тела
- амилаза крови
- уровень лейкоцитов
- сатурация крови

Для отравления опиоидами характерно:

- анизокория
- мидриаз
- миоз
- величина зрачка не изменяется

- птоз

Налоксон – это антидот, использующийся при отравлении:

- барбитуратами
- опиоидами
- бензодиазепинами
- трициклическими антидепрессантами
- ФОС

Основная причина смерти при отравлении опиатами:

- коллапс
- прямое кардиодепрессивное действие
- угнетение дыхательного центра
- печеночная недостаточность
- все выше перечисленное

Антидотом при отравлении ФОС (фосфорорганическими соединениями) является:

- атропин
- адреналин
- эфедрин
- ацетилхолин
- этанол

Средняя смертельная доза метанола при приеме внутрь составляет:

- 10-20 мл.
- 20-100 мл.
- 100-200 мл.
- 200-400 мл.
- более 400 мл

В качестве антидота при интоксикации метанолом применяется:

- фицилин
- тиосульфат натрия
- этанол
- хромосмон
- калия перманганат

Пульсоксиметрия не достоверна в присутствии:

- метгемоглобина и карбоксигемоглобина
- кожной пигментации
- серповидно-клеточной болезни
- при отравлении ФОС
- всего перечисленного

При подозрении на острое отравление для промывания желудка с использованием толстого зонда взрослому необходимо использовать:

- 1-2 литра прохладной воды
- 2-5 литров прохладной воды
- 5-10 литров прохладной воды
- 10-12 литров прохладной воды
- промывание продолжается до появления «чистых вод»

Токсическое действие барбитуратов на организм проявляется:

- судорожным синдромом, отеком головного мозга
- развитием клиники гемической гипоксии
- появлением трофических расстройств
- наличием в крови свободного гемоглобина
- угнетением дыхания и сердечно-сосудистой системы

При отравлении метгемоглобинообразующими ядами развивается гипоксия:

- гипоксическая
- гемическая
- циркуляторная
- дыхательная
- тканевая

В основе клинических проявлений отравления ФОС:

- адреноблокаторный эффект
- гемолитико-уремический синдром
- острая надпочечниковая недостаточность
- холиномиметический эффект
- холиноблокаторный эффект

Наиболее эффективным методом экстракорпоральной детоксикации является:

- гемодиализ
- плазмаферез
- гемофильтрация
- ультрафильтрация
- мембранная оксигенация

Основным эффектом плазмафереза является:

- детоксикация
- иммунокоррекция
- реокоррекция
- коррекция гемостаза
- все выше перечисленное

С помощью экстракорпоральных методов лечения невозможно даже частичное протезирование функций:

- легких
- сердца
- почек
- кишечника
- печени

Дословный перевод термина плазмаферез:

- разделение на слои
- поглощение
- образование комплексов
- удаление части
- очищение жидкости

Экстракорпоральным методом лечения не является:

- гемосорбция

- форсированный диурез
- плазмаферез
- гемодиализ
- мембранная оксигенация

Методом выбора заместительной почечной терапии при ХПН является:

- гемодиализ
- плазмаферез
- гемофильтрация
- ультрафильтрация
- все вышеперечисленное

К показаниям для неотложного начала заместительной почечной терапии относится:

- К_р? выше 6.0 и/или кома
- отек легких на фоне олигоурии
- К_р? выше 6.0 и/или гипергидратация (отек легких)
- анурия в течение 24 часов
- К_р? выше 6.0 и/или мочевины более 30 ммоль/л

1 мг протамина сульфата нейтрализует:

- 2500-5000 ЕД гепарина
- 1000-1500 ЕД гепарина
- 800-1000 ЕД гепарина
- 80-100 ЕД гепарина
- 70-50 ЕД гепарина

Большинство токсических субстанций в организме имеют молекулярную массу:

- 70000-50000 Да
- 45000-15000 Да
- 10000-2000 Да
- менее 1000 Да
- молекулярная масса токсических субстанций в организме варьируется в широких пределах

Наиболее перспективными методами развития экстракорпорального лечения являются:

- специфическая сорбция и экстракорпоральная мембранная оксигенация
- универсальная сорбция и «альбуминовый диализ» (MARS)
- «альбуминовый диализ» (MARS) и плазмообмен
- плазмаферез и фотохимические модификации крови
- ультрафильтрация и иммуносорбция

В комплексе подготовки реципиента к трансплантации печени показано:

- проведение ультрафильтрации
- проведение методов фотохимической модификации крови
- проведение универсальной сорбции
- «альбуминовый диализ» (MARS)
- проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации

В комплексе подготовки реципиента к трансплантации почек показано:

- «альбуминовый диализ» (MARS)
- проведение методов фотохимической модификации крови
- ультрафильтрация

- проведение гемофильтрации
- проведение плазмафереза

Различие гемо- и диа- фильтрационных методов заключается в:

- создаваемом осмотическом давлении на мембране
- создаваемом гидростатическом давлении на мембране
- в направлении массопереноса
- в обязательной оксигенации мембраны при проведении гемофильтрации
- размере поры мембраны, скорости и дозы

Основные особенности гемофильтрации, кроме:

- адсорбция токсических субстанций на поверхности мембраны
- конвекционный массоперенос
- уменьшение «внесосудистой воды» легких
- коррекция коагулопатии
- физическое охлаждение пациента при гипертермии

Дизэквилибриум синдром развивается в следствии:

- чрезмерное снижение осмолярности плазмы во время проведения диализа с развитием отека головного мозга
- неэффективность антикоагулянта во время проведения диализа с развитием тромбоэмболии
- аутоиммунная реакция на диализной мембране с развитием печеночной недостаточности
- чрезмерное повышение онкотических свойств плазмы во время проведения диализа с развитием гипертонического криза
- резкая коррекция КЩС во время проведения диализа с развитием декомпенсированного метаболического алкалоза

Выберите наиболее селективный метод удаления токсина:

- «альбуминовый диализ» (MARS)
- фильтрация
- сорбция
- аферез
- фототерапия

Показания для ультрафильтрации:

- удаление излишка воды
- удаление излишка электролитов
- удаление избытка кислот
- удаление избытка мочевины
- удаление всех продуктов метаболизма

Относительным противопоказанием для проведения диализно-фильтрационных методов лечения:

- шок
- коагулопатия
- постреанимационная болезнь
- гиповолемия
- отек головного мозга