федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ АНАСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Кемерово 2022

РАЗДЕЛ 1.ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Выберете один правильный вариант ответа

1. ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ПРИКАЗОМ МЗ РФ
   1) №730
   2) №728
   3) №919н
   4) №929н

2. ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЗАНИМАЮТ
   1) травмы
   2) болезни системы кровообращения
   3) онкологические заболевания
   4) болезни органов дыхания

3. К ВИДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ
   1) стационарная
   2) паллиативная
   3) санаторно-курортная
   4) первая

4. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ
   1) Министерством здравоохранения Российской Федерации
   2) руководством медицинской организации
   3) Правительством Российской Федерации
   4) Российской Академией Наук

5. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
   1) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
   2) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
   3) экстренная, неотложная, плановая

		д) расширенная кольпоскопия	
7	**ПК-3**	ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ а) в обсервационное акушерское отделение родильного дома б) в специализированный акушерский стационар (родильный дом) в) в неспециализированный родильный дом г) в специальные боксы соответствующих отделений инфекционной больницы д) в пульмонологическое отделение	а)
8	**ПК-4**	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ: а) бронхо-пульмональная патология б) обструкция дыхательных путей инородным телом в) кардиальная патология г) сепсис д) отёк головного мозга	в)
9	**ПК-5**	ДЛЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ХАРАКТЕРНО а) повышение $PaCO_2$ б) повышение pH в) дефицит оснований г) брадипоэ д) анемия	в)
10	**ПК-5**	ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ ОПИАТАМИ ХАРАКТЕРНО а) анизокория б) мидриаз в) миоз г) величина зрачка не изменяется д) полиурия	в)
11	**ПК-6**	ПЕРВАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У ДЕТЕЙ а) 5 мг/кг б) 300 мг в) 30 мг/кг г) 150 мг д) 1 мг	а)
12	**ПК-6**	С ПОМОЩЬЮ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕВОЗМОЖНО ДАЖЕ ЧАСТИЧНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ФУНКЦИЙ а) легких б) сердца в) почек г) кишечника д) печени	г)
13	**ПК-6**	АНТИДОТ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ФОС а) адреналин б) фуросемид в) норадреналин г) атропин д) варфарин	г)

14	**ПК-6**	ЭНЕРГИЯ ПЕРВОГО РАЗРЯДА МОНОФАЗНОГО ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ а) 360 Дж б) 2-4 Дж в) 100 Дж г) 200 Дж д) не важно	а)
15	**ПК-7**	СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПОКАЗАНА а) при внезапно развившейся остановке кровообращения б) только при внезапной смерти детей в) в каждом случае смерти больного г) только при внезапной смерти молодых женщин д) только при внезапной смерти молодых мужчин	а)
16	**ПК-8**	КИНЕЗИТЕРАПИЯ В ОРИТ а) запрещена б) противопоказана в критическом состоянии в) при возможности необходимо наиболее раннее начало г) увеличивает койко-день д) увеличивает летальность	в)
17	**ПК-9**	ВОСПИТАНИЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЕ В ЦЕЛЯХ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ДОСТИЖЕНИЯ ПРАВИЛЬНОГО ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: а) валеология б) физическое воспитание в) профессиональный спорт г) закаливание д) подготовка спортсмена	а)
18	**ПК-10**	ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ а) экстренная, неотложная, плановая б) амбулаторная, стационарная, на дому в) первичная, специализированная, высокотехнологичная, скорая, паллиативная г) на платной основе, по полису ОМС д) доврачебная, врачебная, специализированная	а)
19	**ПК-11**	ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ - ЭТО: а) смертность детей до 1 года жизни б) смертность детей до 6 месяцев жизни в) смертность детей 1-го месяца жизни г) смертность детей до 4 лет жизни д) смертность детей до 7дней жизни	а)
20	**ПК-12**	ПРИ НАЛИЧИИ В АТМОСФЕРЕ ПАРОВ АММИАКА НЕОБХОДИМО ПЕРЕМЕЩАТЬСЯ а) в нижние этажи и подвалы б) оставаться на месте в) выйти из помещения г) в верхние этажи зданий д) в помещения без окон	а)

Банк тестовых заданий

Выберете один правильный вариант ответа

1. ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ПРИКАЗОМ МЗ РФ
   1) №730
   2) №728
   3) №919н
   4) №929н

2. ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЗАНИМАЮТ
   1) травмы
   2) болезни системы кровообращения
   3) онкологические заболевания
   4) болезни органов дыхания

3. К ВИДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ
   1) стационарная
   2) паллиативная
   3) санаторно-курортная
   4) первая

4. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ
   1) Министерством здравоохранения Российской Федерации
   2) руководством медицинской организации
   3) Правительством Российской Федерации
   4) Российской Академией Наук

5. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
   1) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
   2) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
   3) экстренная, неотложная, плановая
   4) по врачебным специальностям

6. К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
   1) по врачебным специальностям
   2) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации

3) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
4) экстренная, неотложная, плановая

7. К УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ
   1) первичной медико-санитарной, скорой, специализированной, паллиативной
   2) амбулаторные, стационарные, дневной стационар, вне медицинской организации
   3) разной степени комфортности
   4) экстренной, неотложной, плановой

8. ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ИХ ОРГАНИЗАЦИОННО - ПРАВОВОЙ ФОРМЫ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ
   1) стандартами
   2) порядками
   3) нормативами
   4) рекомендациями

9. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ И (ИЛИ) ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ВКЛЮЧАЮЩИХ В СЕБЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
   1) медицинская помощь
   2) профилактика
   3) медицинское вмешательство
   4) лечение

10. МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИХ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОНЧЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ
    1) профилактика
    2) медицинская услуга
    3) медицинская помощь
    4) медицинское вмешательство

11. КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПО НАЗНАЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА, ЦЕЛЬЮ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ИЛИ ОБЛЕГЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИБО СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТА, ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИЛИ УЛУЧШЕНИЕ ЕГО ЗДОРОВЬЯ, ТРУДОСПОСОБНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ – ЭТО:
    1) лечение
    2) профилактика
    3) медицинская помощь
    4) медицинское вмешательство

12. КОЛИЧЕСТВО КОЕК РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОБОРУДОВАННОЙ ОТ 200 ДО 400 ПРОФИЛЬНЫХ КОЕК ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ _____% ОТ ОБЩЕГО КОЕЧНОГО ФОНДА 1) 5
2) 6
3) 3
4) 8

13. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ИМЕЮШАЯ В СВОЕЙ СТРУКТУРЕ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР И ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ- РЕАНИМАТОЛОГИЯ ДОЛЖНА В СТРУКТУРЕ ИМЕТЬ
1) отделение анестезиологии
2) группу анестезиологии и реанимации
3) отделение реанимации
4) отделение анестезиологии и реанимации

14. ОЦЕНКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ
1) по Балагину
2) по АПГАР
3) по МНОАР
4) по ASA

15. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
1) декомпенсации хронической сердечно-сосудистой недостаточности
2) острой дыхательной недостаточности
3) декомпенсированной хронической дыхательной недостаточности
4) острого нарушения мозгового кровообращения

16. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
1) хронического заболевания на фоне развития острой недостаточности органов и систем
2) полиорганной недостаточности
3) выраженного наркотического или алкогольного опьянения
4) высококонтагиозного инфекционного заболевания при отсутствии изолятора

17. БОЛЬНОМУ 4 СТАДИЕЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ПОКАЗАНА, ЕСЛИ
1) критическое состояние вызвано заболеванием, не связанным с онкологическим
2) критическое состояние вызвано кровотечением из опухоли
3) наступила клиническая смерть

4) пациенту необходимо проведение гемотрансфузии

18. ВОПРОС О ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ РЕШАЕТ
   1) палатный реаниматолог
   2) лечащий врач профильного отделения
   3) заведующий профильного отделения
   4) заместитель главного врача по лечебной работе

19. СТЕПЕНЬ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПАЦИЕНТА, ОПЕРИРУЕМОГО В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ
   1) увеличивается на две единицы
   2) увеличивается на одну единицу
   3) не увеличивается
   4) уменьшается на одну единицу

20. ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНИЗУЮТСЯ В ГОРОДСКИХ БОЛЬНИЦАХ
   1) при наличии не менее 300 коек без учета их профиля
   2) при наличии в больнице не менее 500 коек и 50 коек хирургического профиля
   3) при наличии не менее 500 коек и не менее 70 коек хирургического профиля
   4) при наличии не менее 150 коек и 50 коек хирургического профиля

21. ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНИЗУЮТСЯ В ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦАХ
   1) при наличии не менее 300 коек без учета их профиля
   2) при наличии не менее 200 коек и 60 коек хирургического профиля
   3) при наличии не менее 150 коек и 50 коек хирургического профиля
   4) могут организовываться независимо от мощности

22. В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИМЕЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ НА 75 КОЕК. НА ДАННОЕ КОЛИЧЕСТВО КОЕК ПРЕДУСМОТРЕНО _____ ДОЛЖНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГА 1)
   1
   2) 2
   3) 3
   4) 4.75

23. В ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ НА 80 КОЕК ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМОТРЕНО _____ АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА 1) 0.8
2) 1
3) 2
4) 4.75 ДОЛЖНОСТИ

24. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТ
1) главный врач больницы
2) зам. главного врача по лечебной части
3) профильный дежурный специалист приемного отделения
4) зав. отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач

25. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ
1) в течение 2-4 часов
2) в течение 4-8 часов
3) в зависимости от вида анестезии
4) до стабилизации функции жизненно важных органов

26. МИНИМАЛЬНАЯ ПОЛЕЗНАЯ ПЛОЩАДЬ НА 1 КОЙКУ В ПАЛАТАХ РЕАНИМАЦИИ, ПРЕДУСМОТРЕННАЯ ДЕЙСТВУЮЩИМИ СТРОИТЕЛЬНЫМИ НОРМАМИ И ПРАВИЛАМИ СОСТАВЛЯЕТ _____М2
1) 6
2) 10
3) 13
4) 20

27. ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРУГЛОСУТОЧНОЙ РАБОТЫ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА НЕОБХОДИМО
1) 3.5 ставок
2) 3.75 ставки
3) 4 ставки
4) 4.75 ставок

28. ДОЛЖНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАБОТЫ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЕТА 1 КРУГЛОСУТОЧНЫЙ ПОСТ НА КОЙКИ
1) 1
2) 2
3) 3

4) 4

29. КОЙКИ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
1) не входят в число сметных
2) относятся к терапевтическим
3) относятся к хирургическими
4) относятся к многопрофильным

30. КОЛИЧЕСТВО ДОЛЖНОСТИ ВРАЧЕЙ-АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЕТА
1) количества операционных столов
2) оперативной активности
3) количества хирургических коек
4) потребности в анестезиологической помощи

31. ВОПРОС О ПЕРЕВОДЕ БОЛЬНЫХ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕШАЕТ
1) сотрудник отделения анестезиологии-реаниматологии
2) сотрудник профильного отделения
3) зав. профильным отделением
4) главный врач

32. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ
1) 3 лет
2) 5 лет
3) 7 лет
4) 10 лет

33. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ
1) 3 лет
2) 5 лет
3) 7 лет
4) 10 лет

34. ГРАЖДАНИН, ИМЕЮЩИЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС ОМС, МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
1) в территориальной больнице
2) в любой больнице населенного пункта
3) в любой больнице РФ

4) в любой больнице субъекта Федерации
5)

Выберете один правильный вариант ответа

1. К НАРКОТИЧЕСКИМ АНАЛЬГЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
   1) диазепам
   2) промедол
   3) дротаверин
   4) дроперидол

2. ПРОЦЕСС ПРЕОБРАЗОВАНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ В НЕРВНЫЙ ИМПУЛЬС – ЭТО
   1) трансдукция
   2) модуляция
   3) трансмиссия
   4) перцепция

3. ПРОЦЕСС ПРОВЕДЕНИЯ НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА – ЭТО
   1) перцепция
   2) трансмиссия
   3) трансдукция
   4) модуляция

4. УВЕЛИЧЕНИЕ АМПЛИТУДЫ БОЛЕВОГО НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА В СПИННОМ МОЗГЕ НАЗЫВАЕТСЯ
   1) трансмиссия
   2) трансдукция
   3) перцепция
   4) модуляция

5. УМЕНЬШЕНИЕ АМПЛИТУДЫ БОЛЕВОГО НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА В СПИННОМ МОЗГЕ НАЗЫВАЕТСЯ
   1) модуляция
   2) трансмиссия
   3) трансдукция
   4) перцепция

6. ЭНДОРФИНЫ, СВЯЗЫВАЯСЬ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РЕЦЕПТОРАМИ СПИННОГО МОЗГА ВЛИЯЮТ НА ПРОЦЕССЫ
   1) трансмиссии
   2) модуляции
   3) трансдукции
   4) перцепции

7. ТЕЛО ПЕРВОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НАХОДИТСЯ В

1) задних рогах спинного мозга
2) передних рогах спинного мозга
3) спиномозговом ганглии
4) соматических нервных сплетениях

8. ТЕЛО ВТОРОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НАХОДИТСЯ В
   1) соматических нервных сплетениях
   2) задних рогах спинного мозга
   3) спиномозговом ганглии
   4) передних рогах спинного мозга

9. ПЕРЕДАЧА НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА С АКСОНА ПЕРВОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НА ТЕЛО ВТОРОГО НЕЙРОНА ПРОИСХОДИТ В
   1) задних рогах спинного мозга
   2) передних рогах спинного мозга
   3) спиномозговом ганглии
   4) соматических нервных сплетениях

10. НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ПРОИСХОДИТ В
    1) гипоталамусе
    2) спинном мозге
    3) таламусе
    4) коре головного мозга
    5)

11. ПРОЦЕСС СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ, ЕЕ ХАРАКТЕРА И ЛОКАЛИЗИЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ
    1) модуляцией
    2) трансдукцией
    3) трансмиссией
    4) перцепцией

12. ТАХИКАРДИЯ, ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОТВЕТ НА БОЛЕВОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ ОТНОСЯТСЯ К _____ РЕКЦИЯМ НА БОЛЬ
    1) неспецифическим
    2) специфическим
    3) парадоксальным
    4) параспецифическим

13. ОТДЕРГИВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В ОТВЕТ НА ДЕЙСТВИЕ БОЛЕВОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ ОТНОСИТСЯ К_____РЕКЦИЯМ НА БОЛЬ
    1) параспецифическим
    2) специфическим

3) неспецифическим
4) парадоксальным

14. НОЦИЦЕПТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ В ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПОСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ
1) передние рога спинного мозга
2) ноцицептивные отверстия
3) задние рога спинного мозга
4) боковые канатики спинного мозга

15. ПЕРВИЧНЫЙ АФФЕРЕНТНЫЙ НЕЙРОН, КОТОРЫЙ АКТИВИРУЕТСЯ ТОЛЬКО БОЛЕВЫМ (УГРОЖАЮЩИМ ЦЕЛОСТНОСТИ ОРГАНИЗМА) СТИМУЛАМИ НАЗЫВАЕТСЯ
1) альгоцепторы
2) альфа-адреноцепторы
3) h-холинорецепторы
4) ноцицептор

16. ДЕМОНСТРАЦИЯ ПЕРВОГО УДАЧНОГО ЭФИРНОГО НАРКОЗА ПРИ УДАЛЕНИИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОПУХОЛИ ВЫПОЛНИЛ МОРТОН В ГОДУ
1) 1846
2) 1914
3) 1927
4) 1875

17. ИННЕРВАЦИЮ ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО КИШЕЧНИКА, БРЫЖЕЙКИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
1) седалищный нерв
2) лучевой нерв
3) локтевой
4) чревный нерв

18. ВЕЩЕСТВО С ШИРОКИМ СПЕКТРОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, КОТОРОЕ ТАКЖЕ ОТВЕЧАЮТ ЗА ПЕРЕДАЧУ БОЛЕВЫХ ИМПУЛЬСОВ В ЦНС
1) пролактин
2) субстанция Р
3) брадикинин
4) гистамин

19. ОЩУЩЕНИЕ БОЛИ С ТРУДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ОТ ВНУТРЕННИХ ОРГАНАХ - ЭТО
1) висцеральная боль
2) соматическая боль
3) фантомная боль
4) нейропатическая боль

20. УМЕНЬШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТЕЛА, ИЛИ ЕГО ЧАСТИ, В ПЛОТЬ ДО ПОЛНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И СОБСТВЕННОМ СОСТОЯНИИ
    1) агевзия
    2) анестезия
    3) анальгезия
    4) аносмия

21. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ БЛОКИРОВАНИЕ ПЕРЕДАЧИ ИМПУЛЬСА НА УРОВНЕ СТВОЛА НЕРВА ИЛИ НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ- ЭТО
    1) комбинированная спинно-эпидуральная анестезия
    2) инфильтративная анестезия
    3) терминальная анестезия
    4) проводниковая анестезия

22. БЛОКИРОВАНИЕ ПЕРЕДАЧИ ИМПУЛЬСА НА УРОВНЕ КОРЕШКОВ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ В СУБДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО
    1) эпидуральная анестезия
    2) проводниковая анестезия
    3) аппликационная анестезия
    4) спинальная анестезия

23. РАСПОЛОЖИТЕ ПО ПОРЯДКУ ОБОЛОЧКИ СПИННОГО МОЗГА ОТ САМОЙ ПОВЕРХНОСТИ ДО САМОЙ ГЛУБОКОЙ
    1) твердая, паутинная, мягкая
    2) твердая, мягкая, паутинная
    3) паутинная, твердая, мягкая
    4) мягкая, паутинная, твердая

24. ОБЪЁМ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЕМ В
    1) грудном отделе
    2) поясничном отделе
    3) шейном отделе
    4) крестцовом отделе

Выберете один правильный вариант ответа

1. НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ЦВД СОСТАВЛЯЕТ
    1) 0–5 см вод. ст.
    2) 6–12 мм рт. ст. 3)
    40–60 мм рт. ст.
    4) 5–10 см вод. ст.

2. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ОТРАЖАЕТ

1) преднагрузку правого желудочка
2) сократимость правого желудочка
3) комплайенс левого желудочка
4) преднагрузку левого желудочка

3. ДЛЯ ИНВАЗИВНОГО КОНТРОЛЯ ЦВД ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
   1) доступ к нижней полой вене через бедренную вену
   2) доступ к верхней полой вене через подключичиную вену
   3) катетеризацию легочной артерии катетером Свана-Ганца
   4) монитор PiCCO

4. ВЕЛИЧИНА ОПСС В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ 1) 1900-3700 кПа/л×с
   2) 560-900 кПа/см вод. ст. 3) 900-1500 дин×с×см-5 4) 500–600 дин/кПа

5. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ САТУРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА СМЕШАННОЙ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ СОСТАВЛЯЕТ___ %
   1) 40-45
   2) не ниже 60
   3) не ниже 75
   4) 10–15

6. ЗАКОН ФРАНКА–СТАРЛИНГА – ЭТО
   1) зависимость выброса от постнагрузки
   2) зависимость выброса от ЧСС
   3) зависимость ОПСС от постнагрузки
   4) зависимость выброса от преднагрузки
7. СЕРДЕЧНЫЙ ИНДЕКС ИЗМЕРЯЕТСЯ В
   1) л/кг
   2) л/м2*мин
   3) кПа/л*с
   4) л/мин

8. НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ПРЕДНАГРУЗКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОСТАВЛЯЕТ
   1) 5-10 см вод. ст.
   2) 6-12 мм рт. ст.
   3) 15-20 мм рт. ст.
   4) 100–120 мм рт. ст.

9. ДАВЛЕНИЕ ЗАКЛИНИВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ДЗЛА) ОТРАЖАЕТ

1) преднагрузку левого желудочка
2) диастолическую функцию правого желудочка
3) производительность правого сердца
4) преднагрузку правого сердца

10. ОТВЕДЕНИЕ ЭКГ V5 СЧИТАЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ
1) мониторинга ишемии
2) контроля ритма
3) диагностики острого инфаркта миокарда
4) контроля дигитализации

11. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОСТИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ
1) аускультация
2) оценки параметров вентиляции
3) бронхоскопиия
4) капнография

12. ГИПОКСИЯ ЭТО -
1) кислородное голодание тканей
2) недостаточное содержание кислорода в крови
3) состояние, характеризующееся накоплением в крови CO2
4) состояние, когда резко затрудняется (или прекращается) поступление в организм кислорода и выделение углекислоты

13. ЗНАЧЕНИЕ PetCO2 ЗАВИСИТ ОТ
1) дыхательного объема, состояния гемодинамики пациента
2) минутной альвеолярной вентиляция, состояния гемодинамики пациента частоты дыхания, состояния гемодинамики пациента
3) фракции кислорода во вдыхаемой смеси

14. В СЛУЧАЕ ИНТУБАЦИИ ПИЩЕВОДА ЗНАЧЕНИЕ PetCO2 БУДЕТ
1) постепенно увеличиваться
2) равняться нулю
3) постепенно уменьшаться
4) резко возрастет

15. ЦИФРОВОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO2 В КОНЦЕ ВЫДОХА - ЭТО
1) bis-мониторинг
2) капнографиия
3) капнометрия
4) пульсоксиметрия

16. ИЗМЕРЕНИЕ И ГРАФИЧЕСКОЕ ОТОБРАЖЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO2 НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦИКЛА – ЭТО
   1) капнографиия
   2) капнометрия
   3) bis-мониторинг
   4) пульсоксиметрия

17. НОРМА ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO2 В КОНЦЕ ВДОХА СОСТОВЛЯЕТ ММ РТ. СТ.
   1) 21-32
   2) 15-18
   3) 36-42
   4) 54-66

18. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЬЕМ У ПАЦИЕНТА, МАССОЙ 70 КГ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО РАВЕН МЛ
   1) 320
   2) 750
   3) 1600
   4) 500

19. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
   1) осциллометрию
   2) плетизмографию
   3) сцинтиграфию
   4) пульсоксиметрию

20. НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ SpO2 У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ_____%
   1) 94-96
   2) 96-100
   3) 92-98
   4) 90-95

21. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕКТА ДОППЛЕРА ВОВЛЕКАЕТ ИЗМЕРЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В
   1) частоты отраженных ультразвуковых волн
   2) электропроводимости движущегося потока крови
   3) частотной реакции артериальной стенки
   4) температуры крови

22. КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА ИЗМЕРЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
   1) инфракрасного поглощения
   2) электрода Северингхауза

3) по числу Рейно
4) электрода Кларка

23. КОНЦЕНТРАЦИЯ УГЛЕКИСЛОТЫ МОЖЕТ БЫТЬ ИЗМЕРЕНА С ПОМОШЬЮ
1) пламенной фотометрии
2) электрода Северингхауза
3) пульсоксиметра
4) изменений в пьезоэлектрическом эффекте

24. ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ НЕДОСТОВЕРНА ПРИ
1) выраженной кожной пигментации
2) серповидно-клеточной анемии
3) отравлении метгемоглобинобразующими ядами
4) при отравлении ФОС

25. ПРАВИЛЬНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ВЕРИФИЦИРУЮТ ПО
1) показателям капнографии
2) наличию конденсата в интубационной трубке
3) уровню SpO2
4) данным аускультации

1. К СИНДРОМАМ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ
1) острая церебральная недостаточность
2) декомпенсированная хроническая дыхательная недостаточность
3) декомпенсация хронической сердечно-сосудистой недостаточности
4) острое нарушение мозгового кровообращения

2. К СИНДРОМАМ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ
1) железодефицитная анемия тяжелой степени
2) острое нарушение водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния
3) терминальная стадия хронической почечной недостаточности
4) железодефицитная анемия средней степени тяжести

3. ДЛЯ НЕИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ
1) интубация трахеи
2) назо- и орофарингеальные воздуховоды
3) сгибание головы и открытие рта
4) тройной прием Сафара или запрокидывание головы и открытие рта

4. КОНИКОТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ
   1) между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
   2) между перстневидным и щитовидным хрящами
   3) между первым и вторым полукольцами трахеи
   4) ниже подъязычной кости

5. ПРИЕМ ХЕЙМЛИХА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
   1) аспирации инородного тела
   2) утоплении
   3) удушении
   4) асистолии

6. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
   1) восстановления проходимости дыхательных путей
   2) постановки назогастрального зонда
   3) выявления наличия зубных протезов
   4) оценки наличия сознания

7. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРТАННОЙ МАСКИ ЯВЛЯЕТСЯ
   1) амбулаторные операции
   2) операции на глазе и ухе
   3) «полный желудок»
   4) продолжительность операции более 1 часа

8. ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НА ГЛАЗАХ У РЕАНИМАТОРА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
   1) прием Геймлиха
   2) интубацию трахеи
   3) комплекс сердечно-легочной реанимации
   4) тройной прием Сафара

9. ЕСЛИ ИНТУБАЦИОННУЮ ТРУБКУ ВВЕЛИ НА ГЛУБИНУ 28 СМ, ТО ЕЕ ДИСТАЛЬНЫЙ КОНЕЦ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО БУДЕТ РАСПОЛОЖЕН
   1) в трахее
   2) на бифуркации
   3) в левом главном бронхе
   4) в правом главном бронхе

10. ПРИ РАЗВИТИИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПОКАЗАТЕЛЬ КАМНОМЕТРИИ
    1) увеличится
    2) будет равен 0 мм рт. ст.
    3) уменьшится
    4) резко возрастет

11. ПРИ УТОПЛЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЮТСЯ С
   1) компрессий грудной клетки
   2) 2-х спасательных вдохов
   3) приема Геймлиха
   4) злектродефибрилляции

12. СИМПТОМ БЕЛОГЛАЗОВА – ЭТО
   1) деформация зрачка при сдавлении глазного яблока с боков
   2) расширение зрачка в ответ на давление на глазное яблоко
   3) сужение зрачка при наведении на него источника света
   4) расширение зрачка при нанесении болевого раздражителя

13. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОМ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЕИХ ПОПЫТОК ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ПОМОЩИ МЕШКА АМБУ С ЛИЦЕВОЙ МАСКОЙ ВО ВРЕМЯ СЛР НЕОБХОДИМО
   1) провести еще две попытки
   2) провести Тройной прием Сафара
   3) немедленно приступить к выполнению компрессий
   4) ввести миорелаксанты

14. В СЛУЧАЕ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ
   1) в палате интенсивной терапии
   2) на месте
   3) в реанимационном зале
   4) в перевязочной

15. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА НЕТ СОЗНАНИЯ, НО ЕСТЬ ДЫХАНИЕ, НЕОБХОДИМО
   1) не трогать пациента
   2) зафиксировать шею и ждать специализированную помощь
   3) нанести болевой раздражитель, чтобы попытаться восстановить сознание
   4) придать боковое восстановительное положение

16. ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ДЛЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ_____СМ
   1) 4-5
   2) 3-4
   3) 6-7
   4) 5-6

17. КОЛИЧЕСТВО КОМПРЕССИЙ В МИНУТУ ПРИ СЛР ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ_ В МИНУТУ
   1) 100-120
   2) менее 60 3)

60-90
4) 90-100

18. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ
    1) в центре грудной клетки
    2) на верхней трети груди
    3) на мечевидном отростке
    4) на границе средней и нижней трети груди

19. РЕАНИМАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ
    1) только в случае клинической смерти пострадавшего работоспособного возраста
    2) в каждом случае клинической смерти
    3) только в случае клинической смерти детей
    4) только в случае клинической смерти пострадавшего младше 65 лет

20. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА И ЧАСТОТЫ ВДОХОВ ПРИ ИВЛ ОДНИМ СПАСАТЕЛЕМ
    1) 5:2
    2) 15:1
    3) 30:2
    4) 5:1

21. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ
    1) двумя руками
    2) основанием ладони двух рук
    3) двумя пальцами
    4) основанием ладони одной руки

22. КОМПЛЕКС СЛР НАЧИНАЮТ ПРОВОДИТЬ С
    1) непрямого массажа сердца
    2) обеспечения проходимости дыхательных путей
    3) искусственного дыхания
    4) электродефибрилляции

23. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ БАЗОВОГО РЕАНИМАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА
    1) обеспечение проходимости дыхательных путей - ИВЛ - непрямой массаж сердца
    2) непрямой массаж сердца - обеспечение проходимости дыхательных путей - ИВЛ
    3) ИВЛ - обеспечение проходимости дыхательных путей - непрямой массаж сердца
    4) не имеет значения

24. АДРЕНАЛИН, АМИОДАРОН И ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ В СОВОКУПНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
   1) асистолии
   2) фибрилляции предсердий
   3) фибрилляции желудочков
   4) электромеханической диссоциации

25. ВНУТРИКОСТНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
   1) у пожилых людей
   2) у подростков
   3) у детей до 6 лет
   4) при невозможности обеспечения венозного доступа у людей любого возраста

26. ВРЕМЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛР ПРИ АСИСТОЛИИ СОСТАВЛЯЕТ_____МИНУТ
   1) 30
   2) 20
   3) 45
   4) 60

   ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
   1) электромеханической диссоциации
   2) полной АВ-блокаде
   3) асистолии
   4) фибрилляции желудочков

27. АДРЕНАЛИН ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ
   1) после 3-го разряда дефибриллятора
   2) введение адреналина противопоказано
   3) через 3 минуты от начала СЛР
   4) сразу после регистрации ЭКГ

28. МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА АТРОПИНА ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ
   1) не используется при СЛР 2)
   0,08 мг/кг
   3) 0,06 мг/кг
   4) 0,04 мг/кг

29. ПРИ ИВЛ МЕШКОМ ТИПА «АМБУ» ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ МАСКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ
   1) разобщенно, компрессии 100-120 в мин., вдохи 10 в мин. 2) 2:30
   3) 30:2
   4) 15:2

30. ПРИ ИВЛ МЕШКОМ ТИПА «АМБУ» ЧЕРЕЗ ЭНДОТРАХЕАЛЬНУЮ ТРУБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ
   1) разобщенно, компрессии 100-120 в мин., вдохи 10 в мин. 2) 2:30
   3) 15:2
   4) 30:2

31. ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА, С НАЛИЧИЕМ РИТМА, ПОДДАЮЩЕГОСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ, ПЕРВЫЙ РАЗРЯД ДОЛЖЕН НАНОСИТЬСЯ
   1) после двух комплексов сердечно-легочной реанимации.
   2) в данном случае дефибрилляция не проводится
   3) как можно раньше
   4) только после введения раствора Амиодарона

32. ПРИ ПОПЫТКЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРЯДА, ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ ДЕФИБРИЛЛЯТОРА РИТМ ПАЦИЕНТА ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В АСИСТОЛИЮ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА
   1) повысить заряд и провести разряд
   2) понизить заряд и провести разряд
   3) провести разряд и сразу оценить ритм
   4) убрать электроды дефибриллятора, сбросить заряд

33. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, В СЛУЧАЕ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА ПРОВОДЯТ
   1) непрямой массаж сердца
   2) внутрисердечное введение адреналина
   3) открытый массаж сердца
   4) подключение аппарата искусственного кровообращения

34. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА, ПОДДАЮЩЕЙСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ (ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ), РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
   1) ввести внутрисердечно сразу после регистрации ритма
   2) при данном виде остановки сердца адреналин вводить не следует
   3) вводить каждые 3-5 минут после нанесения третьего разряда электродефибриллятора
   4) вводить каждые 3-5 минут сразу после обеспечения венозного или интраоссального доступа

35. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА, НЕ ПОДДАЮЩЕЙСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ (АСИСТОЛИЯ), РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
   1) вводить каждые 3-5 минут после нанесения третьего разряда электродефибриллятора
   2) вводить каждые 3-5 минут сразу после обеспечения венозного или интраоссального доступа

3) при данном виде остановки сердца адреналин вводить не следует
4) ввести внутрисердечно сразу после регистрации ритма

36. ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
1) ввести 1 мг после третьего разряда электродефибриллятора
2) ввести 1 мг после первого разряда электродефибриллятора
3) ввести 1мг сразу после регистрации фибрилляции желудочков
4) при данном виде остановки сердца адреналина вводить не следует

37. ПРИ ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ (БЕЗПУЛЬСОВАЯ АКТИВНОСТЬ) АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТСЯ
1) вводятся внутриартериально
2) вводятся внутрикостно
3) вводятся внутривенно
4) не вводятся

38. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР
1) 1мг каждые 10 минут
2) 1мг каждые 3-5 минут
3) 2мг каждые 3-5 минут
4) 2мг каждые 10 минут

39. ЭЛЕКТРОДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ ДОПУСКАЕТСЯ ПРОВОДИТЬ
1) до истечения сил спасателя
2) не более 3-х разрядов в минуту
3) пока продолжается фибрилляция желудочков
4) 10 раз

40. ЭНЕРГИЯ НАЧАЛЬНОГО РАЗРЯДА БИФАЗНОГО ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ_____ДЖ/КГ
1) 2
2) 4
3) 6
4) 8

41. ЧАСТОТУ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР МОЖНО УВЕЛИЧИТЬ ДО 140 В МИНУТУ
1) никогда
2) по желанию реаниматора
3) только если достоверно известно, что у пострадавшего в анамнезе есть нестабильная стенокардия
4) если меньшая частота не привела к восстановлению витальных функций

в течении 20 минут

42. ЭМД – НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ
    1) острой почечной недостаточности
    2) кардиогенном шоке
    3) массивной воздушной эмболии
    4) поражении электрическим током

43. АВТОРОМ СХЕМЫ РЕАНИМАЦИИ «ABCD» ЯВЛЯЕТСЯ
    1) В.А. Неговский
    2) Питер Сафар
    3) Анри Лабори
    4) А.П. Зильбер

44. АЛЬТЕРНАТИВОЙ ЦЕНТРАЛЬНОМУ ВЕНОЗНОМУ ДОСТУПУ ПРИ СЛР МОЖЕТ БЫТЬ
    1) внутрикостный
    2) внутрисердечный
    3) эндотрахеальный
    4) периферический

45. ИСТИННОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
    1) ларингоспазма
    2) рефлекторной остановки сердца
    3) погружении в холодную воду
    4) попадании жидкости в дыхательные пути

46. АСФИКСИЧЕСКОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
    1) попадании жидкости в дыхательные пути
    2) рефлекторной остановки сердца
    3) ларингоспазма
    4) погружении в холодную воду

47. СИНКОПАЛЬНОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
    1) ларингоспазма
    2) попадании жидкости в дыхательные пути
    3) отеке легких
    4) погружении в холодную воду

II. АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

перечень практических навыков и умений

Практический навык 1. Установка оро- и назофарингеального воздуховода.
Практический навык 2. Установка ларингеальной маски и надгортанного воздуховода типа «I-GEL».

Практический навык 3. Установка ларингеальной трубки.
Практический навык 4. Установка комбинированной пищеводно-трахеальной трубки.
Практический навык 5. Оротрахеальная интубация.
Практический навык 6. Назотрахеальная интубация.
Практический навык 7. Интубация трахеи с помощью интубирующей ларингеальной маски.
Практический навык 8. Коникотомия.
Практический навык 9. Пункционно-дилятационная трахеостомия.
Практический навык 10. Пункция и дренирование плевральной полости при пневмотораксе.
Практический навык 11. Пункция и дренирование плевральной полости при гидротораксе.
Практический навык 12. Катетеризация подключичной вены.
Практический навык 13. Катетеризация внутренней яремной вены.
Практический навык 14. Катетеризация подключичной вены, под УЗ-контролем.
Практический навык 15. Катетеризация внутренней яремной вены, под УЗ-контролем.
Практический навык 16. Спинальная анестезия.
Практический навык 17. Эпидуральная анестезия.
Практический навык 18. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия.
Практический навык 19. Кардиоверсия.
Практический навык 20. Оценка ритма сердца. Дефибрилляция.
Практический навык 21. Базовая сердечно-легочная реанимация у взрослых.
Практический навык 22. Базовая сердечно-легочная реанимация у детей.
Практический навык 23. Расширенная сердечно-легочная реанимация у взрослых.
Практический навык 24. Расширенная сердечно-легочная реанимация у детей.
Практический навык 25. Быстрая последовательная индукция.
Практический навык 26. Алгоритм ситуации «не могу интубировать, не могу вентилировать»

III АТТЕСТАЦИОННОЕ ИСПЫТАНИЕ

Итоговое собеседование

Список вопросов

1. Интраоперационный мониторинг.
2. Понятие о многокомпонентной сбалансированной анестезии.
3. Понятие об эндотрахеальном и ингаляционном наркозе . Low flow – анестезия.
4. Антидоты средств для наркоза
5. Трудная интубация.
6. Клиническая фармакология местных анестетиков и адъювантов.
7. Клиническая фармакология адренэргических средств.
8. Основные показатели респираторного мониторинга.
9. Мониторинг параметров центральной гемодинамики.
10. Физиология кровообращения и анестезия
11. Анестезия при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы
12. Анестезия в сердечно-сосудистой хирургии
13. Физиология дыхания и анестезия
14. Анестезия при сопутствующих заболеваниях легких
15. Анестезия в торакальной хирургии
16. Анестезия в нейрохирургии
17. Анестезия при сопутствующих нервно-психических заболеваниях
18. Физиология почки и анестезия
19. Анестезия при сопутствующих заболеваниях почек

20. Анестезия в урологии
21. Физиология печени и анестезия
22. Анестезия при сопутствующих заболеваниях печени
23. Анестезия при сопутствующих эндокринных и нервно-мышечных заболеваниях
24. Анестезия в офтальмологии
25. Анестезия в отоларингологии
26. Анестезия в травматологии и ортопедии
27. Анестезия в акушерстве
28. Анестезия в акушерстве
29. Анестезия в педиатрии
30. Анестезия в геронтологии

Ситуационная задача №1.

Пациент, 45 лет, переведен из отделения общей хирургии для подготовки к операции по поводу стеноза выходного отдела желудка. При поступлении кахексия, рвота.

Предположите вероятную форму водно-электролитных нарушений и КЩС, объяснить причину, назначить лечение.

Эталон ответа:

Наиболее вероятным видом расстройства КОС, в данной ситуации, является гипокалиемический, гипохлоремический алкалоз Дэрроу. Причина – потери при рвоте. Лечение: инфузионная терапия, восполнение дефицита калия и хлора, парентеральное питание.

Ситуационная задача №2.

Пациент, 46 лет, переведен в реанимацию из отделения травматологии, где находился в течении 2-х суток с переломом нижних конечностей и костей таза. Повод для перевода - острое развитие психо-моторного возбуждения, ДН: тахипноэ 40 в минуту, SpO2 80%, температура тела 39,0С. Рентгенологически – двусторонняя пневмония.

Предположите причину развития осложнения. Определите дальнейшую диагностическую и лечебную тактику.

Эталон ответа:

Причиной ОДН стала жировая эмболия. Пациенту необходимо обеспечить адекватную оксигенацию и вентиляцию, путем седации и перевода на инвазивную ИВЛ. Необходима полноценная иммобилизация травмированных конечностей, стабилизация костей таза, антибактериальная терапия. Рестриктивная тактика инфузионной терапии. Наиболее предпочтителен раствор альбумина. Рассмотреть вопрос о назначении ГКС, внутривенной инфузии этанола.

Ситуационная задача №3.

У ребенка 1 года (исходная МТ 10 кг) развились симптомы дегидратации в результате повторной рвоты и жидкого стула. Потеря МТ за последние сутки 800 г (8 %). Объективно: состояние тяжелое, ребенок вялый. Температура тела 37,6 °С. Кожа бледная, без сыпи, пониженной эластичности. Глаза запавшие. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. ЧД 48 в минуту, ЧСС 144 в минуту. Пульс - ритм правильный, слабого наполнения. АД 95/55 мм рт. ст. Живот слегка вздут, мягкий. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Определяется грубое урчание по ходу тонкой и толстой кишок. Стул обильный, водянистый, без патологических примесей, до 10 раз в сутки. Темп диуреза снижен. Анализ крови: Ht 0,46 л/л, Hb 162 г/л, содержание натрия 136 ммоль/л, калия 4,2 ммоль/л, общий белок 82 г/л. Поставьте клинический диагноз с указанием типа и степени нарушений ВЭО. Проведите расчет общего количества жидкости для регидратационной терапии, потребности в ионах натрия, калия, кальция и магния, в том числе объем и состав растворов для инфузионной терапии и пероральной регидратации.

Эталон ответа:
Диагноз: ОКИ (среднетяжелая форма гастроэнтерита), токсикоз с эксикозом II степени по изотоническому типу.

Расчет общего количества жидкости: ОЖ = ДВО (800 мл) + ТПП (800 мл) = 1600 мл/сут. Внутривенно необходимо ввести 1/2 ОЖ = 800 мл, остальное количество - внутрь, дробно.

Потребность в ионах натрия составляет: O_{Na}+ = ДИ (40 ммоль/л х 0,8 = 32 ммоль Na^+) + ТПИ (32 ммоль Na^+) = 64 ммоль натрия в виде раствора Рингера. Например, этот объем ионов натрия (1 мл физиологического раствора содержит 0,15 ммоль Na^+) будет содержаться в 64:0,15 = 430 мл раствора Рингера. Внутривенно следует ввести половину, т. е. 200-300 мл, солевых растворов, в число которых по содержанию натрия следует относить и все коллоидные растворы.

Потребность в ионах калия: $O_к^+$ = ДИ (30 ммоль х 0,8 = 24 ммоль К+) + ТПИ (24 ммоль К+) = 48 ммоль или столько же миллилитров 7,5 % раствора КС1. Внутривенно можно ввести 30 мл 7,5 % раствора КС1 в составе поляризующей смеси (с раствором глюкозы и инсулином).

При регидратации нужно вводить также соли кальция и магния из расчета ФП (0,1-0,2 мл/кг 10 % раствора кальция хлорида и 0,2-0,3 мл/кг 25 % раствора магния сульфата), не смешивая их в одной емкости.

Для оральной регидратации нужно назначить 200 мл глюкозосолевого раствора «Регидрон» («Оралит», «Глюкосолан» и др.) и 200 мл 5 % раствора глюкозы. При использовании для оральной регидратации гипоосмолярного раствора «Гастролит» с экстрактом ромашки, соответствующего новым стандартам ESPGAN для проведения оральной регидратации ОКИ нехолерной этиологии, необходимо 400 мл раствора, при этом дополнительного назначения 5 % раствора глюкозы не требуется. Еще 400 мл жидкости будет введено с пищей (адаптированная молочная смесь, лучше кисломолочные или лечебно-профилактические продукты питания, обогащенные бифидоили лактобактериями) порциями по 70 мл через 4 ч.

Ситуационная задача №4.
Вы врач-анестезиолог-реаниматолог ОРИТ многопрофильной больницы. В реанимацию привезли пациентку. Пациентка З., 70 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в современный стационар с возможностью оказания помощи пациентам с ОКС. Предъявляет жалобы на выраженную одышку, загрудинные боли давящего характера, с иррадиацией в левую руку. Боль возникла 3 часа назад. Приняла нитроглицерин, боль не прошла. Вызвала скорую помощь, которая доставила её в лечебное учреждение. В процессе транспортировки пациентке выполнена катетеризация периферической вены, трижды получила нитро-спрей без эффекта, получила 250 мг аспирина. Рост 150 см, вес 82 кг.
При поступлении: АД 170 и 90 мм рт. ст., ЧСС 106 в мин., ЧДД 26 в мин., SpO2 92%.

Ситуационная задача №4.
Больной В., 60 лет, осмотрен в приемном покое по поводу госпитализации в отделение реанимации в связи с обострением ДН вследствии хронической обструктивной болезни легких в течение 20 лет. Объективно: сбор анамнеза затруднен на фоне выраженного психомоторного возбуждения, одышка до 30 в минуту, жесткое дыхание, проводные хрипы. По КЩС: pH - 7,45; pCO2 – 60 мм ртст; BE – 3,0. Определитесь с дальнейшей тактикой, ваши рекомендации.

Ситуационная задача №5.
Больной Ж., 45 лет, переведен в реанимацию из отделения травматологии, где находился в течении 2х суток с переломом нижних конечностей и костей таза.

Повод перевода острое развитие ДН: тахипное до 40 в мин., температура до 39. Рентгенологически – двусторонняя пневмония. Предположите причину развития осложнения. Определите дальнейшую диагностическую и лечебную тактику.

Ситуационная задача №6.

Больная Ф., 45 лет, в рентгенологическом отделения, после в/в введения урографина отмечена снижение АД до 40/20 мм ртст, потеря сознания.
Обоснуйте диагноз, определите необходимый объем лечебных мероприятий на месте, тактику дальнейшую интенсивной терапии.

Ситуационная задача №7.

Больной, 2 лет, DS: Разрыв уздечки языка, продолжающееся кровотечение. Планируется оперативное вмешательство – ПХО раны, гемостаз.
Лабораторно: Hb – 53г/л, АЧТВ-120 сек, ПТИ-69%, фибриноген-1,75 г/л.
При осмотре. Больной в сознании, вялый. Кожные покровы бледные, пониженной влажности, множественные экхимозы по всей поверхности тела. АД – 90/60мм ртст, ЧСС-148 в минуту, пульс на периферических артериях пониженного наполнения. Дыхание самостоятельное, тахипноэ, ЧД-40 в минуту. Из анамнеза известно, что больной 4 дня назад нанес себе травму, играя карандашом. В течение 4 дней непостоянное, необильное кровотечение из раны (слюна, окрашенная кровью). Мама больного обратилась в стационар, потому что ребенок в течение последнего дня стал вялым, отказывается от пищи, не интересуется игрушками. Предположите, о какой сопутствующей патологии идет речь? Предложите свою схему анестезиологического обеспечения в данном случае. Необходима ли предоперационная подготовка и если да, то в каком объеме?

Ситуационная задача №8.

Больной 39 лет, DS: АДТ. ЧМТ. Перелом верхней челюсти, двухсторонний перелом нижней челюсти, рваная рана языка, продолжающееся кровотечение из ротоглотки. Тупая травма живота? Внутрибрюшное кровотечение? Планируется оперативное вмешательство – диагностическая лапароскопия, ПХО ран ротоглотки, гемостаз. Лабораторно: Hb – 115г/л. При осмотре. Больной в сознании, обращенную речь понимает, команды выполняет, не может говорить и открывать рот. Кожные покровы загрязнены сгустками крови и пылью, пониженной влажности. АД – 100/70мм ртст, ЧСС-124 в минуту, пульс на периферических артериях удовлетворительных качеств. Дыхание самостоятельное, эффективное, ЧД-20 в минуту. Аускультативно в легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Сопутствующую патологию отрицает. Аллергологический анамнез спокоен. Предложите свою схему анестезиологического обеспечения в данном случае. Какой способ обеспечения проходимости дыхательных путей будет методом выбора? Каковы альтернативные способы обеспечения проходимости дыхательных путей следует рассмотреть?