

МПД-17

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

УТВЕРЖДЕНО

**протоколом заседания Центрального
координационного учебно -
методического совета
от « 22» марта 2022 г. №4**

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**по дисциплине «РЕАНИМАТОЛОГИЯ, ИНТЕНСИВНАЯ
ТЕРАПИЯ»**

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы специалитета по специальности
32.05.01 Медико-профилактическое дело, утвержденной 30.03.2022 г.

для студентов 5 курса_____

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 18.03.2022 г. (протокол №4)**

Заведующий кафедрой

проф. д.м.н.



В.Д. Слепушкин

г. Владикавказ

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензии
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств
 - вопросы для проверки входного уровня знаний
 - вопросы к зачету
 - ситуационные задачи
 - эталоны тестовых заданий

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-
ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**РЕЦЕНЗИЯ
на фонд оценочных средств**

по дисциплине «Реаниматология, интенсивная терапия»

для студентов 5 курса медико-профилактического факультета

по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело

Фонд оценочных средств составлен на кафедре Анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии на основании программы дисциплины «Реаниматология, интенсивная терапия» и соответствуют требованиям ФГОС ВО по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело.

Фонд оценочных средств утвержден на заседании Центрального координационного учебно-методического совета. Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий, ситуационные задачи, билеты для проведения итогового зачета по дисциплине.

Банк тестовых заданий включает в себя тестовые задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины «Реаниматология, интенсивная терапия» и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий достаточно для проведения итогового зачета. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения текущего контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах.

Количество билетов для проведения зачета по дисциплине «Реаниматология, интенсивная терапия» составляет 24, что достаточно для проведения итогового зачета. Содержание вопросов относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств по дисциплине «Реаниматология, интенсивная терапия» способствует качественной оценке уровня владения обучающимися универсальными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по дисциплине «Реаниматология, интенсивная терапия» может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации для студентов, обучающихся по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело.

Рецензент:

Председатель ЦУМК естественнонаучных
и математических дисциплин с подкомиссией
по экспертизе оценочных средств, доцент



ВЕРНО: начальник отдела кадров
и документооборота ФГБОУ ВО
СГГМА Минздрава России

[Handwritten signature]
28.08.2020

[Handwritten signature]

Н.И. Боциева

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине
«Реаниматология, интенсивная терапия»**

Для специальности **32.05.01 Медико-профилактическое дело**

№ п/п	Наименование контролируемого раздела дисциплины	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Текущий, промежуточный		
1.	Простейшие методы обезболивания в практике реанимации и интенсивной терапии	ОПК-7 ПК-14	Тестовый контроль Билеты к зачету Ситуационные задачи
2.	Острая дыхательная недостаточность	ОПК-7 ПК-14	Тестовый контроль Билеты к зачету Ситуационные задачи
3.	Острая сердечная недостаточность. ТЭЛА	ОПК-7 ПК-14	Тестовый контроль Билеты к зачету Ситуационные задачи
4.	Терминальные состояния. Сердечно - легочная реанимация. Алгоритм 2015 года.	ОПК-7 ПК-14	Тестовый контроль Билеты к зачету Ситуационные задачи
5.	Основные принципы инфузионно- трансфузионной терапии. Инфузионно- трансфузионные среды	ОПК-7 ПК-14	Тестовый контроль Билеты к зачету Ситуационные задачи
6.	Шок. Виды шока. Этиология, патогенез, клиника, интенсивная терапия.	ОПК-7 ПК-14	Тестовый контроль Билеты к зачету Ситуационные задачи
7.	Острые нарушения сознания (обморок, делирий, оглушение, сопор, кома). Интенсивная терапия коматозных состояний	ОПК-7 ПК-14	Тестовый контроль Билеты к зачету Ситуационные задачи
8.	Реанимация и интенсивная терапия при несчастных случаях (утопление, поражение электротоком, переохлаждение, тепловой удар).	ОПК-7 ПК-14	Тестовый контроль Билеты к зачету Ситуационные задачи
9.	Острые отравления	ОПК-7 ПК-14	Тестовый контроль Билеты к зачету Ситуационные задачи

Вопросы для подготовки к зачету

1. Механизмы регуляции дыхания
2. Основные составляющие макро- и микроциркуляции
3. Кислородная ёмкость крови. Чем она определяется?
4. Гипоксия. Виды гипоксии.
5. Острая дыхательная недостаточность. Классификация, стадии.
6. Клинические и биохимические признаки острой дыхательной недостаточности.
7. Астматическое состояние. Лечение на догоспитальном этапе.
8. Острая сердечная недостаточность. Принципы терапии.
9. ТЭЛА. Принципы терапии.
10. Кардиогенный шок. Интенсивная терапия..
11. Травматический шок – патофизиология, реанимационные мероприятия и интенсивная терапия.
12. Геморрагический шок. Патофизиология, диагностика, реанимационные мероприятия и интенсивная терапия.
13. Анафилактический шок. Этиология, патофизиология, реанимационные мероприятия и интенсивная терапия.
14. Ожоговый шок. Патофизиология, биохимические сдвиги. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия, особенности анестезии, инфузионная терапия.
15. Токсико-септический шок. Патофизиология, диагностика, реанимационные мероприятия и интенсивная терапия.
16. Реанимационные мероприятия при трансфузионном шоке в следствие переливания несовместимой крови.
17. Терминальные состояния. Клиническая, биологическая, социальная смерть. Патофизиология. Клинические признаки. Показания и условия отказа от проведения реанимационных мероприятий.
18. Этиология, патогенез обморока, коллапса, комы. Дифференциально-диагностические признаки.
19. Виды ком. Степени тяжести комы. Методы интенсивной терапии.
20. Реанимация и интенсивная терапия при несчастных случаях (утопление в соленой и пресной воде, асфиксия, электротравма, переохлаждение, тепловой удар, синдром длительного сдавления).

21. Общие принципы лечения острых отравлений.
22. Современный алгоритм сердечно-легочной реанимации.
23. Специфические и неспецифические методы детоксикации организма (антидотная терапия, интра- и экзогенные методы детоксикации).
24. Отравление алкоголем и его суррогатами

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больная М., 65 лет, поступила в отделение реанимации с жалобами на давящие боли за грудиной, приступ частых сердцебиений, возникший 2 ч назад. Пульс 176 уд/мин, ритмичный, АД 90/70 мм рт.ст., дыхание 28 в 1 мин, в легких дыхание жесткое. Была зарегистрирована ЭКГ а (рис. 3.9).

Ваш диагноз? Какую ИТ следует провести данной больной?

Через 5 ч ИТ у больной зарегистрирована ЭКГ б (см. рис. 3.9). Ваше заключение?

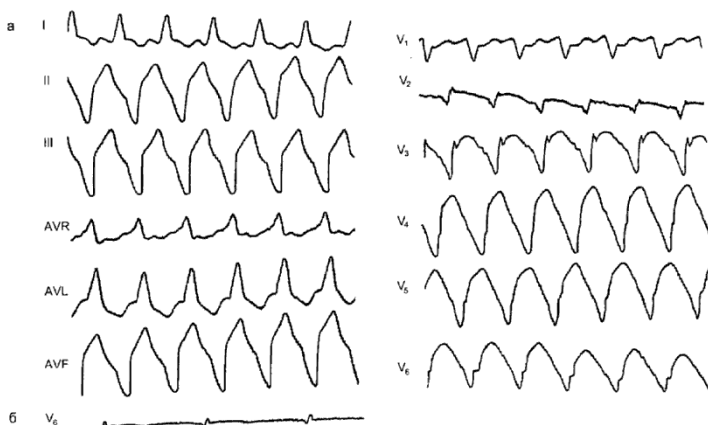


Рис. 3.9. ЭКГ к задаче 1.

ОТВЕТ:

На основании клинической картины и данных ЭКГ можно заключить, что у больной возникла желудочковая форма пароксизмальной тахикардии.

С целью купирования этого осложнения под контролем кардиомонитора сначала необходимо обезболить больную внутривенным введением наркотических анальгетиков или препаратов для нейролептаналгезии, а затем ввести внутривенно поляризующую смесь, лидокаин 200 мг болюсно и 200 мг внутривенно капельно; при их неэффективности — провести под внутривенным наркозом электроимпульсную терапию (ЭИТ).

На основании ЭКГ б можно заключить, что приступ желудочковой тахикардии у данной больной был купирован и у нее восстановился синусовый ритм.

2. У больного Г., 63 лет, 2 ч назад возникли сильные боли за грудиной сжимающего характера, которые после внутривенного введения морфина с атропином не купировались. Внезапно возбужденный больной на глазах у врачей СМП и дежурного реаниматолога потерял сознание; остановка дыхания, отсутствие пульса на сонных артериях. Зарегистрирована ЭКГ а (рис. 3.10).

Ваш диагноз? Какая ИТ и реанимация должны быть проведены данному больному.

После успешно проведенной реанимации зарегистрирована ЭКГ б. Ваше заключение. Какая ИТ должна быть проведена?

В дальнейшем была зарегистрирована ЭКГ в (см. рис. 3.10). Основной диагноз? План лечебных мероприятий.

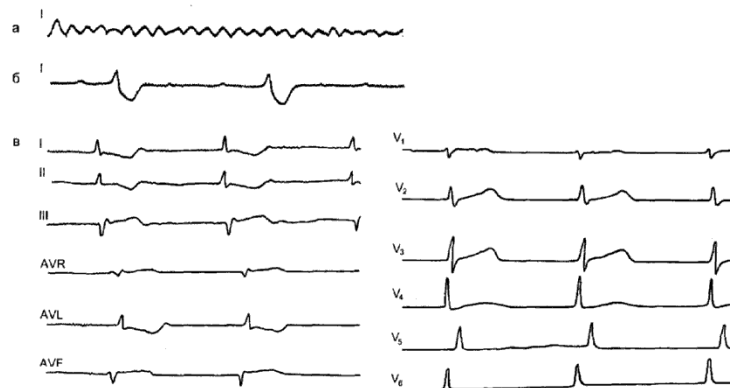


Рис. 3.10. ЭКГ к задаче 2.

ОТВЕТ: У больного произошла внезапная остановка кровообращения по типу фибрилляции желудочков.

С целью реанимации этому больному необходимо провести ИВЛ аппаратом АМБУ и непрямой массаж сердца, электрическую дефибрилляцию разрядом 300—360 Дж, химическую дефибрилляцию внутривенным введением лидокаина.

На основании ЭКГ б можно заключить, что фибрилляция желудочков была купирована у этого больного, а на основании ЭКГ в — что у больного имеется острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка.

3. Больная Б., 45 лет, переходя улицу, внезапно почувствовала боль за грудиной давящего характера, а затем на 1 — 2 мин потеряла сознание. Бригадой СМП была доставлена в реанимационное отделение, где зарегистрирована ЭКГ а (рис. 3.11).

Ваш диагноз? Какая ИТ должна быть проведена?

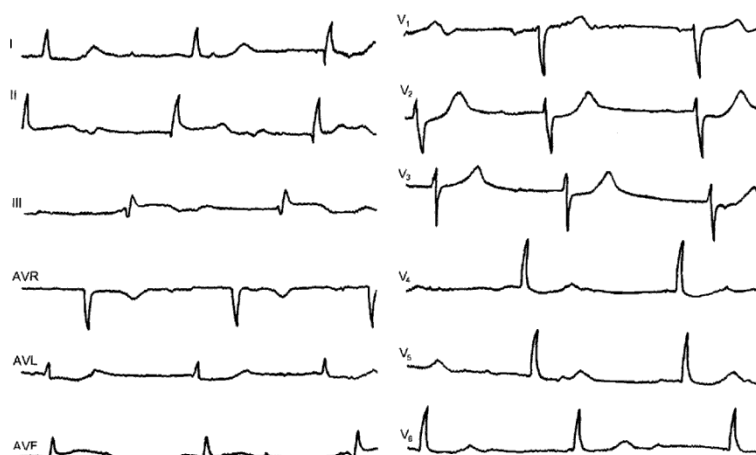


Рис. 3.11. ЭКГ к задаче 3.

ОТВЕТ: На основании клинической картины и ЭКГ можно заключить, что у больной развился острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка, осложненный полной атриовентрикулярной блокадой и синдромом Морганьи—Адамса—

Стокса.

Интенсивная терапия этого осложнения включает в себя проведение эффективного обезболивания внутривенным введением наркотических анальгетиков или препаратов для нейролептаналгезии, внутривенным введением атропина, адреналина, допамина; при их неэффективности — проведение трансвенозной электрической стимуляции сердца.

4. Больная Н., 48 лет, заболела остро 2 ч назад, когда появились боли за грудиной сжимающего характера; отмечалась кратковременная потеря сознания. При поступлении в реанимационное отделение пульс 36 уд/мин, АД 120/90 мм рт.ст., зарегистрирована ЭКГ а (рис. 3.12).

Ваш диагноз? Какая ИТ должна быть проведена?

Через 1 ч состояние больной ухудшилось, она потеряла сознание, развились цианоз, акроцианоз, судорожный синдром, ЧСС 30 уд/мин, АД 100/90 мм рт.ст., зафиксирована ЭКГ б.

Какое осложнение развилось у больной? Какая ИТ должна быть проведена?

В дальнейшем зарегистрирована ЭКГ в (см. рис. 3.12). Ваше заключение по ЭКГ в динамике и результатам ИТ?

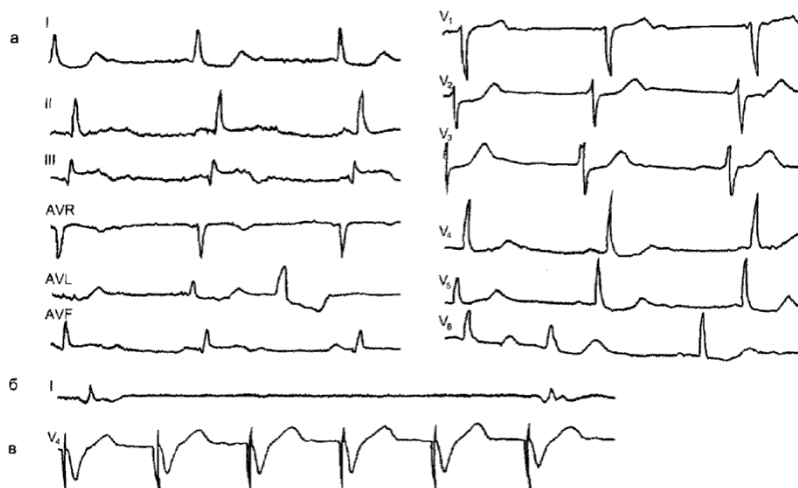


Рис. 3.12. ЭКГ к задаче 4.

ОТВЕТ: На основании клинической картины и ЭКГ а можно заключить, что у больной развился острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка, осложненный атриовентрикулярной блокадой и синдромом Морганьи—Адамса—Стокса.

Интенсивная терапия этого состояния включает в себя немедленное начало непрямого массажа сердца, применение обезболивания внутривенным введением наркотических анальгетиков, внутривенным введением атропина, адреналина с целью учащения сокращений желудочков, кортикостероидов, салуретиков.

На ЭКГ б видны очень редкие желудочковые сокращения, что свидетельствует о неэффективности лекарственной терапии и диктует необходимость подключения водителя ритма. На ЭКГ в после каждого электрического импульса регистрируются комплексы QRS в виде правожелудочковой экстрасистолы, что свидетельствует об эффективности применяемой у данной больной трансвенозной электрической стимуляции сердца.

5. У больного с гиперосмолярной дегидратацией концентрация натрия плазмы равна 155 ммоль/л. Какую жидкость и в каком количестве необходимо ввести больному для коррекции этого вида дегидратации:

- А) 2 л 0,9 % раствора хлорида натрия;
- Б) 1,5 л раствора Рингера—Локка;
- В) 4,5 л 5 % раствора глюкозы;

- Г) 3 л 5 % раствора глюкозы;
Д) 1,5 л 10 % раствора глюкозы.

ОТВЕТ: Г. Известно, что каждые 3 ммоль/л натрия выше верхней границы нормы (145 ммоль/л) соответствуют дефициту 1 л воды. При гипернатриемии необходимо вводить жидкость без содержания в ней натрия. $155 \text{ ммоль/л} - 145 \text{ ммоль/л} = 10 \text{ ммоль/л}$, $10 \text{ ммоль/л} : 3 = 3,3 \text{ л}$.

6. Больной А., 38 лет. Вторые сутки после резекции желудка по поводу язвенного кровотечения. Жалобы на дискомфорт, жажду, боли в эпигастральной области. При обследовании: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет; АД 110/70 мм рт.ст.; пульс 116 уд/мин; ЦВД 0 мм вод.ст.; живот не вздут, при пальпации мягкий. Лабораторные данные: НБ 80 г/л; Нт 45 %; калий 2,8 ммоль/л; натрий 145 ммоль/л; Осм 330 мосм/л; КОС: рН 7,34; PCO_2 33 мм рт.ст.; ВЕ = -3.

Выберите правильные ответы.

А. *Ведущими патологическими синдромами послеоперационного периода являются:*

- 1) нарушение КОС;
- 2) нарушение электролитного баланса;
- 3) гиповолемия;
- 4) клеточная дегидратация;
- 5) болевой синдром.

Б. *Какие инфузионно-трансфузионные среды показаны для коррекции ОЦК:*

- 1) кровь;
- 2) эритроцитарная масса;
- 3) реополиглюкин;
- 4) 5 % раствор глюкозы;
- 5) 4 % раствор гидрокарбоната натрия.

В. *Для коррекции электролитных нарушений необходимо ввести:*

- 1) раствор калия 10 %;
- 2) раствор хлорида натрия 0,9 %;
- 3) раствор калия с глюкозой 10 %;
- 4) панангин;
- 5) 40 % раствор глюкозы с инсулином.

ОТВЕТ: А-2, 3, 4, 5;

Б - 3, 4;

В - 3, 4.

7. Больной С, 92 лет, масса тела 82 кг. Третьи сутки после резекции желудка. Жалобы на слабость, мучительную жажду, сухость во рту. В сутки больному переливают 2500—3000 мл коллоидных и кристаллоидных растворов. Больной в сознании, слегка эйфоричен. Тугор кожи снижен, слизистые сухие. АД 120/80 мм рт.ст.; пульс 110 уд/мин. Лабораторные данные: НБ 120 г/л; Нт 55 %; натрий плазмы 155 ммоль/л; калий 3,5 ммоль/л; Осмолярность 320 мосм/л; ЦВД +20 мм вод.ст. Диурез 1500—2000 мл/сут.

Определите форму водных нарушений и укажите пути ее коррекции.

ОТВЕТ: Жажда, сухость слизистых, тахикардия, сгущение крови, повышенное содержание натрия в плазме, высокая осмолярность, низкое ЦВД свидетельствуют о гиперосмолярной (гипернатриемическая) дегидратации. *Коррекция:* введение гипо-или изотонических растворов, не содержащих натрия, соблюдая скоростные параметры снижения натрия плазмы.

8. *Больной М.*, 46 лет, масса тела 80 кг. Девятые сутки после операции по поводу разлитого гнойного перитонита. Состояние тяжелое, сопор, кожные покровы сухие, дыхание самостоятельное 32 в 1 мин. АД 70/50 мм рт.ст. с тенденцией к снижению. Пульс 128 уд/мин, ритмичный. Лабораторные данные: Нб 110 г/л; Нт 60 %; натрий плазмы 118 ммоль/л; калий 4,0 ммоль/л; Осм 170 мосм/л; ЦВД отрицательное. Диурез 200 мл/сут.

ОТВЕТ: Нестабильная гемодинамика, снижение АД, тахикардия, отрицательное ЦВД свидетельствуют о выраженной гиповолемии. Сгущение крови, низкое содержание натрия плазмы, низкие показатели осмолярности свидетельствуют о гипотонической дегидратации. *Коррекция:* введение изо- и гиперосмолярных растворов. По расчетной формуле определяют дефицит натрия. Дефицит натрия = общий объем воды (желаемый натрий - имеющийся натрий). ООВ у женщин в среднем 50 %, а у мужчин 60 % массы тела (0,9 % раствор хлорида натрия содержит 154 ммоль/л натрия). *В данном случае:* дефицит натрия = $80 \times 0,6 \times (130 - 118) = 576$ ммоль/л. Для коррекции уровня натрия на безопасной зоне больному следует ввести: $576/154 = 3,7$ л 0,9 % раствор хлорида натрия. Инфузию необходимо проводить со скоростью 0,5—1,0 ммоль/ч.

9. *Больная Г.*, 44 лет, оперирована по поводу острого аппендицита, распространенного перитонита. В сознании, несколько эйфорична. В течение 3 сут после операции проводился перитонеальный диализ в комбинации с абдоминальной гипотермией. На 5-е сутки у больной диагностирована массивная гипостатическая пневмония.

ЧД 36—40 в 1 мин, тахикардия до 120 уд/мин, АД 100/50 мм рт.ст., цианоз губ, акроцианоз, гипертермия до 38 °С. Мокрота вязкая, гнойная.

pH 7,26; PCO₂ 60 мм рт.ст.; PO₂ 74 мм рт.ст.; BE —3 ммоль/л.

Проводилась антибактериальная, кардиотоническая, кислородная терапия, содовые ингаляции с мистаброном. Однако, несмотря на проводимую терапию, состояние больной оставалось без положительной динамики.

Наметьте наиболее эффективные в этой ситуации методы ИТ:

- А) чрескожная катетеризация трахеи; Б) активизация больной;
- В) детоксикационная терапия; Г) ИВЛ.

ОТВЕТ: А,Б

10. *Больная Г.*, 35 лет, доставлена машиной скорой помощи в тяжелом состоянии с диагнозом "двусторонняя пневмония". Сознание сохранено, однако периодически отмечается речевое и двигательное возбуждение; температура до 39,2 °С, ЧД 46 в 1 мин. В легких с обеих сторон дыхание ослабленное, разнокалиберные влажные хрипы. Пульс 124 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст., тоны сердца приглушены.

Данные КОС и газового состава крови: pH 7,2; BE 10 ммоль/л; PO₂ 60 мм рт.ст.; PCO₂ 65 мм рт.ст.

У данной больной первоочередным является:

- А) кислородотерапия;
- Б) гелиокислородотерапия;
- В) гипербарическая оксигенация;
- Г) ВИБЛ;
- Д) ИВЛ.

ОТВЕТ: Д

11. *Больной А.*, 38 лет, переведен из терапевтического отделения по поводу некупирующегося приступа бронхиальной астмы. В терапевтическом отделении больному проведена следующая терапия: эуфиллин внутривенно струйно в дозе 0,24 г 2 раза; преднизолон 30 мг внутривенно 2 раза; димедрол 0,02 мг внутривенно; кислородотерапия

через носовой катетер. Улучшения не наступило. *При осмотре:* спутанное сознание, беспокойное поведение больного, цианоз, повышенная влажность кожных покровов. В легких — дыхание значительно ослаблено, масса разнокалиберных хрипов, выдох затруднен, ЧД 32 в 1 мин; пульс 124 уд/мин. Сердце — тоны приглушены, единичные экстрасистолы. АД 170/90 мм рт.ст.; КОС и газы крови: pH 7,2; BE -8; PCO₂ 76 мм рт.ст.; PO₂ 50 мм рт.ст.

Определите стадию астматического статуса и обоснуйте первоочередность методов ИТ и реанимации:

- А) ИВЛ;
- Б) лаваж бронхов;
- В) бронхолитическая терапия;
- Г) регидратационная терапия;
- Д) гормональная терапия.

ОТВЕТ: А

12. Во время вводного наркоза у женщины 27 лет, оперируемой по поводу внематочной (трубная) беременности, возникла регургитация. После санации трахеобронхиального дерева через интубационную трубку операция продолжена. На 2-е сутки после операции состояние больной ухудшилось. Кожные покровы и видимые слизистые бледные; цианоз, акроцианоз; сознание спутанное; дыхание поверхностное; ЧД до 44 в 1 мин. Отмечено снижение экскурсии правой половины грудной клетки во время дыхания. Перкуторно в области средней и нижней долей правого легкого определяется коробочный звук. На рентгенограмме отсутствие легочного рисунка в области средней и нижней долей правого легкого. Легочный рисунок отчетливо прослеживается в области верхней доли правого легкого, в прикорневой зоне усилен. Тень сердца резко смещена влево. При исследовании газового состава крови получены следующие данные: PO₂ 63 мм рт.ст.; PCO₂ 79 мм рт.ст.

Проведите дифференциальный диагноз между.

- А) ателектазом;
- Б) аспирационным пневмонитом;
- В) аспирационной пневмонией.

Определите первоочередные меры ИТ.

- Г) бронхоскопия;
- Д) антибиотикотерапия;
- Е) ИВЛ.

ОТВЕТ: А, Г

13. У больной И., 35 лет, оперированной 2 сут назад по поводу тяжелой внематочной беременности, развился послеоперационный психоз, по поводу которого она была переведена в психосоматическое отделение. В анамнезе — злоупотребление алкоголем. В связи с резким падением АД больная после осмотра реаниматологом переведена в отделение реанимации. У больной в левой подключичной вене находится катетер. Сознание спутанное, неадекватность поведения. АД 70/50 мм рт.ст., бледность кожных покровов, пульс 120 уд/мин, ЧД 30 в 1 мин. Аускультативно в легких — слева дыхание не прослушивается. При рентгенографии в палате в положении больной лежа — тотальное затемнение слева (массивный гидроторакс).

Укажите последовательность методов ИТ:

- А) удаление подключичного катетера из плеврального пространства;
- Б) пункция плевральной полости;
- В) кислородотерапия;
- Г) инфузионная терапия.

ОТВЕТ: А, Б, В, Г

14. *Больной О.* внезапно почувствовал острую боль в груди, затруднение дыхания. Бригадой СМП доставлен в больницу. При поступлении поведение беспокойное, умеренный цианоз. В легких дыхание справа не прослушивается, перкуторно — тимпанит. Отмечено смещение трахеи влево. ЧД 28 в 1 мин, пульс 112 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения; АД 120/80 мм рт.ст.; тоны сердца ясные, чистые.

Наметьте план обследования больного и последовательность лечебных мероприятий:

- А) рентгенография грудной клетки;
- Б) ЭКГ;
- В) пункция и дренирование плевральной полости;
- Г) ИВЛ.

ОТВЕТ: А,В

15. *Больная И.*, 35 лет, оперирована 5 сут назад по поводу миомы матки. В анамнезе варикозное расширение вен нижних конечностей. На фоне удовлетворительного состояния у больной после вставания с постели появились резкие боли в правой половине грудной клетки, выраженный цианоз верхней части тела, падение АД до 70/50 мм рт. ст., пульс 132 уд/мин, ЧД 36 в 1 мин. Аускультативно в легких дыхание жесткое, хрипов нет. На ЭКГ — признаки перегрузки правых отделов сердца. На рентгенограмме легких справа треугольная тень с вершущкой к корню легкого.

Проведите дифференциальный диагноз между:

- А) пневмонией;
- Б) пневмотораксом;
- В) ТЭЛА;
- Г) плевритом;
- Д) коллапсом неясной этиологии.
- Е) антиоксидантные препараты;
- Ж) кортикостероиды;
- З) диуретические препараты;
- И) искусственный сурфактант (экзосурф).

ОТВЕТ: И

16. *Больная Г.*, 25 лет, поступила в хирургическое отделение по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки, которое удалось купировать консервативно.

Было перелито 3 л однокрупной крови. На 3-й сутки у больной отмечена постепенно нарастающая ОДН с дальнейшим быстрым прогрессированием. Сознание спутанное, серо-цианотичный цвет кожи, нестабильность гемодинамики. В легких большое количество разнокалиберных хрипов. При рентгенографии легких обнаружено большое количество очаговых и диффузных инфильтратов. При исследовании газов крови PO_2 45 мм рт.ст.; PCO_2 30 мм рт.ст. При кратковременной (в течение 30 мин) подаче 100 % O_2 PO_2 артериальной крови остается в пределах 45—50 мм рт.ст. Больная переведена на ИВЛ в режиме ПДКВ. Через несколько часов проводимой ИВЛ PO_2 увеличилось до 70 мм рт.ст. Аускультативно отмечено уменьшение количества влажных хрипов, при повторной рентгенографии — положительная динамика.

На основании каких данных можно предположить диагноз респираторного дистресс-синдрома взрослых:

- А) наличие провоцирующего фактора;
- Б) данные газов крови: выраженная гипоксемия и нормальные цифры $PaCO_2$;
- В) положительная проба Уленбрука;
- Г) двусторонняя инфильтрация легочной ткани.

И добавить к проводимому лечению (ИВЛ в режиме ПДКВ):

- Д) реологические препараты;

- Е) антиоксидантные препараты;
- Ж) кортикостероиды;
- З) диуретические препараты;
- И) искусственный сурфактант (экзосурф).

ОТВЕТ: А,Б,В,Г,Д,Е

17. Больная В., 65 лет, поступила в отделение реанимации с диагнозом гипертоническая болезнь III стадии, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких. При осмотре жалобы на удушье, чувство нехватки воздуха. Больная возбуждена; кожные покровы цианотичны; ЧД 36 в 1 мин. В легких множественные влажные хрипы; АД 180/100 мм рт.ст. Проводилась терапия сердечными гликозидами, наркотическими анальгетиками, ганглиоблокаторами. Состояние больной улучшилось, однако через 3 ч появилось резкое возбуждение, резкий цианоз, влажное дыхание, снижение АД до 80/40 мм рт. ст., пульс 120 уд/мин, ритмичный.

При аускультации — масса разнокалиберных влажных хрипов. Лечение кортикостероидами, сердечными гликозидами, небольшими дозами лазикса эффекта не дало.

Ваши дальнейшие действия:

- А) продолжение лекарственной терапии;
- Б) перевод на ИВЛ.

ОТВЕТ: А,Б

18. У больной Н., 67 лет, масса тела 57 кг, после внутривенного введения 0,15 мг фентанила с целью купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда произошло урежение дыхания и затем остановка его.

Ваша тактика:

- А) введение дыхательных analeptиков;
- Б) кислородотерапия;
- В) ИВЛ мешком АМБУ;
- Г) интубация трахеи и перевод на ИВЛ.

ОТВЕТ: В

19. Больной А. с диагнозом столбняк в течение 72 ч находился на ИВЛ. Попытка отмены миорелаксантов и перевода на самостоятельное дыхание сопровождается возникновением тоникоклонических судорог.

Ваши первоочередные действия:

- А) введение противосудорожных препаратов, дыхательных analeptиков и перевод на спонтанное дыхание;
- Б) продолжение ИВЛ на фоне миорелаксации;
- В) трахеостомия;
- Г) продолжение ИВЛ через трахеостому.

ОТВЕТ: В,Г

20. В отделение реанимации бригадой СМП доставлена больная Я., 15 лет, с диагнозом: эпилепсия, судорожный синдром. Врачом СМП внутримышечно введено 2,0 мл амиазина и 2,0 мл седуксена без стойкого эффекта. При поступлении состояние больной тяжелое, сознание спутанное, частые клонические судороги. Кожные покровы бледные, акроцианоз. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 32 в 1 мин, АД 110/80 мм рт.ст., пульс 110 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Сердце — тоны приглушены, чистые.

Дальнейшая тактика лечения:

- А) повторное введение седуксена;
- Б) введение барбитуратов короткого действия;

В) введение мышечных релаксантов и перевод на ИВЛ.

ОТВЕТ: В

21. Больная Н., 48 лет, поступила в отделение интенсивной терапии с диагнозом: сахарный диабет в стадии декомпенсации, гипергликемическая кома III, кетоацидоз. Глюкоза крови 24 ммоль/л; глюкоза в моче 3,3 %; кетоновые тела +++; pH крови 7,2; PCO_2 26 мм рт.ст.; BE -19; Hb 160 г/л; время свертывания крови 3 мин.

Определите правильность и последовательность лечебных мероприятий'.

А) инфузия 0,9 % раствора NaCl до 1500 мл и более;

Б) инфузия 0,06 % раствора NaCl (500,0 мл);

В) инфузия реополиглюкина;

Г) инсулинотерапия;

Д) гемосорбция;

Е) плазмаферез.

ОТВЕТ: А,Б,В,Г

№ МПД-19

Федеральное государственного бюджетного образовательного
учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Кафедра Анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине «РЕАНИМАТОЛОГИЯ, ИНТЕНСИВНАЯ
ТЕРАПИЯ»

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы специалитета по специальности
32.05.01 Медико-профилактическое дело, утвержденной 30.03.2022 г.

для студентов 5 курса_____

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от 18.03.2022 г. (протокол №4)

Заведующий кафедрой

проф. д.м.н. _____ В.Д. Слепушкин

г. Владикавказ
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Клиническая физиология дыхания и кровообращения в интенсивной терапии

Больше всего находится крови в следующем отделе сердечно-сосудистой системы:

- {00} в капиллярах
- {00} артериях большого круга кровообращения
- +{00} в венах большого круга кровообращения
- {00} в сосудах легких и сердца

Каковы нормальные показатели парциального напряжения кислорода (pO₂) в капиллярной крови:

- {00} 60 – 70 мм рт. ст.
- +{00} 80 – 100 мм рт. ст.
- {00} 110 – 120 мм рт. ст.
- {00} 40 – 20 мм рт. ст.

О нарушениях микроциркуляции судят по:

- +{00} симптому «белого пятна», диурезу
- {00} переполнению яремных вен
- {00} наполнению периферического пульса

Нарушение дыхательной функции крови – это:

- +{00} снижение содержания кислорода в крови
- {00} нарушение диффузии между тканевыми капиллярами и митохондриями
- {00} паренхиматозная дыхательная недостаточность

Основные механизмы нарушения газообмена в тканях:

- {00} расстройства микроциркуляции
- {00} нарушение окислительно-восстановительных процессов в клетках
- {00} отравление цианидами
- +{00} все верно

При снижении в крови углекислого газа происходит:

- {00} расширение сосудов
- +{00} сужение сосудов

- {00}увеличение проницаемости сосудистой стенки
- {00}диаметр сосуда остается без изменения
- {00}полный парез сосудов

Адекватное кровообращение в организме поддерживается:

- {00}сократительной способностью миокарда
- {00}сосудистым тонусом
- {00}ОЦК
- {00}частотой сокращения сердца
- +{00}всеми перечисленными факторами

Нагнетательная функция сердца поддерживается:

- {00}нормальным уровнем энергетического обмена в миокарде
- {00}достаточным венозным возвратом к сердцу
- {00}сохранением компенсаторных возможностей
- {00}нормальным ритмом сердца
- +{00}всеми перечисленными факторами

В основе острой сердечной недостаточности не лежит:

- +{00}нормоволемия
- {00}уменьшение энергетических резервов миокарда
- {00}нарушение электролитного обмена
- {00}гиперволемия
- {00}нарушение сократительной способности миокарда

Объем циркулирующей крови взрослого человека составляет:

- {00}5-6% массы тела
- +{00}7-8% массы тела
- {00}9-10% массы тела
- {00}15-20% массы тела
- {00}25-30% массы тела

Острая дыхательная недостаточность

Основные причины обтурации дыхательных путей:

- {00}западение языка
- {00}ларингоспазм
- {00}рвота
- {00}аспирация инородных тел
- +{00}всё перечисленное выше

Учащение дыхания обозначается термином:

- {00}брадипноэ
- {00}апноэ
- {00}диспноэ
- +{00}тахипноэ

При всех методах ингаляции кислородом требуется:

- {00}возвышенное положение больного
- +{00}увлажнение дыхательной смеси
- {00}согревание дыхательной смеси
- {00}назначение больному бронхоспазмолитиков

Для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей пациента необходимо:

-{00}уложить на спину, голову повернуть набок, нижнюю челюсть выдвинуть вперёд

+{00}уложить на спину, под лопатки положить валик, голову запрокинуть назад, нижнюю челюсть выдвинуть вперёд

-{00}уложить на спину, голову повернуть набок, под лопатки положить валик

Основные признаки ОДН:

-{00}цианоз или другие изменения цвета кожных покровов

-{00}одышка, изменение частоты дыхания

-{00}изменения гемодинамики

-{00}участие в дыхании вспомогательных мышц

+{00}все верно

С целью поддержания адекватного газообмена в организме необходимо:

-{00}восполнить ОЦК инфузионными растворами

+{00}восстановить адекватный транспорт кислорода и углекислоты на уровне альвеоло-капиллярной мембраны, тканей;

-{00}обеспечить во вдыхаемой смеси оптимальное напряжение кислорода

Нарушение дыхательной функции крови – это:

+{00}снижение содержания кислорода в крови

-{00}нарушение диффузии между тканевыми капиллярами и митохондриями

-{00}паренхиматозная дыхательная недостаточность

Основные механизмы нарушения газообмена в тканях:

-{00}расстройства микроциркуляции

-{00}нарушение окислительно-восстановительных процессов в клетках

-{00}отравление цианидами

+{00}все верно

Выполнение коникотомии требуется в случае:

-{00}остановки дыхания при электротравме

-{00}остановки дыхания при утоплении

-{00}отека легких

-{00}остановки дыхания вследствие ЧМТ

+{00}обтурации верхних дыхательных путей

У больных с астматическим статусом при ингаляции кислорода может быть:

-{00}резкое возбуждение

+{00}снижение возбудимости дыхательного центра и апноэ

-{00}тахипноэ с усилением тахикардии

-{00}рвота

-{00}купирование статуса

Антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен и др.) при астматическом статусе

могут вызвать:

-{00}тахикардию и мышечную дрожь

-{00}усиление кашлевого рефлекса

-{00}резкое угнетение дыхания

+{00}сгущение мокроты, затрудняя тем самым ее эвакуацию

Острая сердечная недостаточность

Обильное выделение пенистой мокроты, окрашенной в розовый или жёлтый цвет, указывает на:

- {00}отравление угарным газом
- {00}инородное тело в бронхах
- {00}острый ларингоспазм
- +{00}отёк лёгких

К симптомам сердечной астмы относятся:

- {00}боли в грудной клетке при кашле
- +{00}одышка с затруднённым вдохом
- {00}упорный сухой кашель
- {00}выделение вязкой мокроты

При отёке лёгких в качестве неотложной терапии применяют:

- {00}Нитроглицерин
- {00}сульфокамфокаин
- {00}атропин
- +{00}лазикс

При проведении инфузионной терапии у больных с кардиогенным шоком следует:

- {00}вводить жидкость из расчёта суточной потребности
- {00}вводить только коллоидные растворы
- {00}вводить жидкость на 500 – 700 мл более суточной потребности
- +{00}ограничить объём вводимой жидкости

Обзидан относится к фармакологической группе:

- +{00}b-адреноблокаторов
- {00}a-адреноблокаторов
- {00}ганглиоблокаторов
- {00}антагонистов кальция
- {00}миотропных спазмолитиков

Пентамин относится к фармакологической группе:

- {00}постганглионарныхадреноблокаторов
- {00}вазодилаторов
- {00}антагонистов кальция
- +{00}ганглиоблокаторов
- {00}все перечисленное неверно

При кардиогенном отеке легких врачу не обязательно:

- {00}обеспечить свободную проходимость дыхательных путей
- +{00}придать больному горизонтальное положение
- {00}улучшить сократительную способность миокарда
- {00}назначить диуретики
- {00}начать инфузиюнитропрепаратов

Нехарактерной причиной развития кардиогенного шока является:

- {00}инфаркт, миокардит
- {00}нарушения ритма и проводимости
- +{00}снижение венозного подпора

- {00}ТЭЛА
- {00}гемоперикард

При лечении кардиогенного шока необходимо:

- {00}увеличить венозный подпор, периферическое сопротивление,
- {00}ввести кардиотоники
- +{00}ввести кардиотоники, проводить инфузионную терапию под контролем ЦВД,
- {00}снизить ОПС нитратами
- {00}не проводить инфузионную терапию, ввести кардиотоники, нитраты
- {00}инфузионная терапия, мочегонные, кардиотоники
- {00}инфузионная терапия, нитраты, мочегонные

Отчётливое влияние на гемодинамику, используемый для нейролептанальгезии, оказывает препарат:

- +{00}дроперидол
- {00}фентанил
- {00}закись азота

Шок

Показания к переливанию крови и кровезаменителей:

- {00}анафилактический шок
- +{00}ожоговый шок и травматический шок, острая кровопотеря
- {00}кардиогенный шок

Назовите лекарственные и трансфузионные средства, необходимые для оказания первой помощи при гемолитическом шоке:

- {00}переливание консервированной донорской крови со сроком хранения до 3-х суток
- +{00}введение гормонов, противошоковых средств, кровезаменителей и спазмолитиков
- {00}введение антигистаминных средств

Биологическая проба при переливании крови и её компонентов проводится:

- {00}капельно 15 – 20 мл 3 раза
- +{00}струйно по 10 - 15 мл 3 раза

Наиболее рациональным путём введения в кровоток медикаментозных средств при проведении СЛР является:

- {00}периферическая вена
- +{00}магистральная вена
- {00}артерия
- {00}трахея
- {00}под корень языка
- {00}полость желудочков сердца

Выбор сосудистого доступа при травматическом шоке:

- {00}периферическая вена
- +{00}катетеризация центральной вены

Препаратом выбора при анафилактическом шоке является:

- +{00} адреналин
- {00} антигистаминные препараты
- {00} антибиотики
- {00} эфедрин

Указать концентрацию раствора глюкозы, который является изотоническим:

- {00} 0,85%
- {00} 3%
- {00} 4,2%
- +{00} 5%
- {00} 10%

При переливании плазмы реципиенту необходимо:

- {00} проведение пробы на совместимость по системе АВ0
- +{00} проведение биологической пробы
- {00} переливание плазмы в соответствии резус-принадлежности

Назовите первичные клинические признаки осложнения при переливании несовместимой крови больному:

- {00} остановка дыхания и сердечной деятельности
- {00} рвота и кровохарканье, потеря сознания
- +{00} выраженное беспокойство, озноб, боли в голове, пояснице, одышка, гиперемия лица, тахикардия, резкое падение АД

Основные принципы оказания помощи на догоспитальном этапе при травматическом шоке:

- +{00} анестезия, инфузионная терапия
- {00} антикоагулянты, антибактериальная терапия

Назовите средства, которые используют при анафилактическом шоке:

- {00} плазма нативная и свежезамороженная
- {00} антибиотики широкого спектра действия
- +{00} адреналин, гормоны, антигистаминные, мочегонные

При определении группы крови с помощью цоликлонов агглютинации в пробах не произошло. Какова группа крови больного:

- {00} АВ (IV) 0
- {00} А (II) β
- {00} В (III) α
- +{00} 0 (I) $\alpha\beta$

Главным в неотложной помощи при травматическом шоке является:

- {00} введение сердечных препаратов
- +{00} обезболивание
- {00} кислородотерапия
- {00} полный покой

Начинать инфузионную терапию при массивной кровопотере с переливания:

- {00} крови

- {00}плазмы
- {00}липофундина
- +{00}волювена

При артериальном кровотечении жгут накладывают:

- {00}ниже раны
- {00}на рану
- +{00}выше раны

При анафилактическом шоке с коллапсом неотложную помощь следует начинать с введения:

- {00}волювена
- {00}димедрола
- +{00}адреналина
- {00}кордиамина

При острой кровопотере наблюдается:

- {00}частый и слабый пульс
- {00}снижение АД
- {00}бледность кожных покровов
- +{00}все верно

Можно ли по пульсу и систолическому давлению определить примерную кровопотерю:

- +{00}да
- {00}нет

Первая помощь при ожогах включает:

- +{00}введение обезболивающих средств, охлаждение обожжённой поверхности
- {00}наложение асептической повязки
- {00}вскрытие пузырей

В механизме развития сепсиса имеют значение следующие факторы:

- +{00}микробный и реактивность организма
- {00}передозировка антибиотиков
- {00}гиперволемиа

Тяжесть состояния при кровопотере не зависит:

- {00}от скорости уменьшения ОЦК
- {00}от емкости кровеносного русла
- {00}от абсолютной величины дефицита ОЦК
- {00}от исходного состояния организма
- +{00}от концентрации фибриногена крови

Шоковый индекс Альговера – это:

- +{00}отношение ЧСС к систолическому АД
- {00}отношение ЧСС к диастолическому АД
- {00}отношение АД к ЧСС
- {00}соотношение МОК и ОПС
- {00}соотношение ОПС и МОК

Шоковый индекс Альговера при нормоволемии равен:

- {00}0.1

- +{00}0.5
- {00}1.0
- {00}1.5
- {00}2.0

Шоковый индекс при возникновении дефицита ОЦК 20-30% от должного значения
во

время острой кровопотери составляет:

- {00}0.5
- {00}0.75
- +{00}1.0
- {00}1.5
- {00}2.0

У больного во время острой кровопотери до 10% ОЦК:

- +{00}изменения динамики отсутствуют
- {00}пульс учащается на 20%
- {00}понижается систолическое АД
- {00}понижается диастолическое АД
- {00}повышается диастолическое АД

Снижение систолического АД во время острой кровопотери возникает при
увеличении

дефицита ОЦК:

- {00}до 10%
- +{00}более 15%
- {00}более 20%
- {00}более 30%
- {00}систолическое артериальное давление
- {00}не зависит от объема кровопотери

При кровопотере 2 л артериальное давление снижается:

- {00}до 90-100 мм рт. ст.
- {00}до 80-90 мм рт. ст.
- +{00}до 70-80 мм рт. ст.
- {00}менее 70 мм рт. ст.
- {00}не определяется

Тахикардия при острой кровопотере возникает при увеличении дефицита ОЦК:

- {00}до 10%
- +{00}более 15%
- {00}более 20%
- {00}более 30%
- {00}тахикардия при острой кровопотери отсутствует

К возникновению шока I степени приводит потеря ОЦК:

- {00}1%
- {00}5%
- {00}10%
- +{00}20%
- {00}30%

Для шока III степени характерно артериальное давление:

- +{00}ниже 60 мм рт. ст.
- {00}60-80 мм рт. ст.
- {00}90-100 мм рт. ст.
- {00}100-120 мм рт. ст.
- {00}120-140 мм рт. ст.

Для шока II степени характерно артериальное давление:

- {00}ниже 60 мм рт. ст.
- +{00}60-80 мм рт. ст.
- {00}90-100 мм рт. ст.
- {00}100-120 мм рт. ст.
- {00}120-140 мм рт. ст.

Для шока I степени характерно артериальное давление:

- {00}ниже 60 мм рт. ст.
- {00}60-80 мм рт. ст.
- +{00}80-90 мм рт. ст.
- {00}100-120 мм рт. ст.
- {00}120-140 мм рт. ст.

Уменьшение показателя почасового диуреза во время острой кровопотери возникает при увеличении дефицита ОЦК:

- {00}до 10%
- {00}более 15%
- +{00}более 20%
- {00}более 30%
- {00}более 40%

Интенсивная терапия на ранних этапах лечения гиповолемического шока направлена:

- +{00}на восстановление ОЦК
- {00}на улучшение сократительной способности миокарда
- {00}на улучшение реологических свойств крови
- {00}на дегидратацию
- {00}на все перечисленное

Темп инфузионной терапии определяется:

- {00}исходным уровнем артериального давления
- {00}исходным уровнем ЦВД
- {00}фазой шока
- +{00}скоростью и степенью кровопотери
- {00}всеми перечисленными факторами

Начальная скорость инфузии плазмозамещающих растворов при неопределяемом артериальном давлении на фоне острой кровопотери должна составлять:

- {00}60 капль в минуту
- {00}струйно 100-200 мл в минуту
- {00}струйно 200-250 мл в минуту
- +{00}струйно 250-500 мл в минуту
- {00}инфузионная терапия не показана

Количество кристаллоидного плазмозамениителя, необходимое для возмещения кровопотери в случае отсутствия коллоидных растворов:

- {00} в 2 раза меньше
- {00} в 2 раза больше
- + {00} в 3 раза больше
- {00} равно необходимому количеству коллоидного раствора
- {00} в 4-5 раза больше

Объем экстренного восполнения острой кровопотери 15-20% (примерно 1 л) ОЦК должен составлять:

- {00} 100% потерянной крови
- {00} 150-200% потерянной крови
- + {00} 200-250% потерянной крови
- {00} не менее 300% потерянной крови
- {00} более 300% потерянной крови

Объем экстренного восполнения острой кровопотери 25-40% (примерно 2 л) ОЦК должен составлять:

- {00} 100% потерянной крови
- {00} 150-200% потерянной крови
- {00} 200-250% потерянной крови
- + {00} не менее 300% потерянной крови
- {00} более 300% потерянной крови

Объем экстренного восполнения острой кровопотери 50-60% (примерно 3 л) ОЦК должен составлять:

- {00} 100% потерянной крови
- {00} 150-200% потерянной крови
- {00} 200-250% потерянной крови
- {00} не менее 300% потерянной крови
- + {00} более 300% потерянной крови

при Объемное соотношение переливаемых кристаллоидных и коллоидных растворов

острой кровопотере более 2 литров должен составлять:

- {00} 3:1
- {00} 2:1
- + {00} 1:1
- {00} 1:2
- {00} 1:3

Ведущим фактором патогенеза первой фазы инфекционно-токсического шока является:

- {00} снижение сердечного индекса
- + {00} снижение сосудистого тонуса (ОПСС)
- {00} снижение ОЦК
- {00} все перечисленное
- {00} повышение ОЦК

Гипердинамическая форма кровообращения бывает:

- {00} при кардиогенном шоке

- {00}при травматическом шоке
- +{00}при инфекционно-токсическом шоке
- {00}при анафилактическом шоке
- {00}при нейрогенном шоке

Обязательными компонентами лечения любого шока являются:

- {00}введение вазопрессоров
- {00}аналгезия
- +{00}инфузионная терапия
- {00}применение антигистаминных препаратов
- {00}транспортная иммобилизация

Показания к переливанию крови и кровезаменителей:

- {00}анафилактический шок
- +{00}ожоговый шок и травматический шок, острая кровопотеря
- {00}кардиогенный шок

Назовите лекарственные и трансфузионные средства, необходимые для оказания первой помощи при гемолитическом шоке:

- {00}переливание консервированной донорской крови со сроком хранения до 3-х суток
- +{00}введение гормонов, противошоковых средств, кровезаменителей и спазмолитиков
- {00}введение антигистаминных средств

Биологическая проба при переливании крови и её компонентов проводится:

- {00}капельно 15 – 20 мл 3 раза
- +{00}струйно по 10 - 15 мл 3 раза

Кровезаменители гемодинамического действия (противошоковые):

- +{00}гидрооксиэтилированные крахмалы
- {00}фибриноген
- {00}р-р Рингера

Выбор сосудистого доступа при травматическом шоке:

- {00}периферическая вена
- +{00}катетеризация центральной вены

В механизме развития сепсиса имеют значение следующие факторы:

- +{00}микробный и реактивность организма
- {00}передозировка антибиотиков
- {00}гиперволемиа

Сердечно-легочная реанимация

Наиболее рациональным путём введения в кровоток медикаментозных средств при проведении СЛР является:

- {00}периферическая вена
- +{00}магистральная вена
- {00}артерия
- {00}трахея
- {00}под корень языка
- {00}полость желудочков сердца

Выбор сосудистого доступа при травматическом шоке:

- {00} периферическая вена
- +{00} катетеризация центральной вены

Потеря сознания при внезапном прекращении кровообращения в головном мозге наступает через:

- +{00} 7 – 10 сек.
- {00} 15 – 30 сек.
- {00} 30 – 45 сек.
- {00} 1 мин.

Укажите последовательность симптомов при острой остановке кровообращения:

- +{00} выключение сознания, появление судорог, расширение зрачков
- {00} расширение зрачков, выключение сознания, появление судорог, появление судорог, расширение зрачков, выключение сознания

Коррекция метаболического ацидоза проводится путём в/венной инфузии:

- {00} 0,9% физиологического раствора
- {00} 10% раствора глюкозы
- {00} 5% раствора глюкозы
- +{00} 4% раствора бикарбоната натрия

Что не является причиной терминального состояния:

- {00} острая кровопотеря
- {00} острая сердечная и дыхательная недостаточность
- +{00} ожирение
- {00} утопление
- {00} электротравма

При остановке кровообращения судороги появляются:

- {00} одновременно с остановкой сердца
- {00} через 30 – 60 сек. после остановки сердца
- +{00} одновременно с потерей сознания или несколько позже
- {00} одновременно с остановкой дыхания

Прекращение реанимационных мероприятий осуществляется через:

- {00} 2 часа после начала реанимации
- {00} 1 час после начала реанимации
- +{00} 30 мин. при неэффективности реанимационных мероприятий

При проведении наружного массажа сердца новорожденному число компрессий равно:

- {00} 60 – 70 в мин.
- {00} 80 – 100 в мин.
- +{00} 100 – 120 в мин.
- {00} 120 – 150 в мин.

На какую глубину должна прогибаться грудина при непрямом массаже сердца:

- {00} 2 - 3 см
- +{00} 4 – 5 см
- {00} 6 - 7 см

На какую глубину должна прогибаться грудная клетка при закрытом массаже сердца

новорожденному:

- +{00}1,5 – 2 см
- {00}4 – 5 см
- {00}5 – 6 см
- {00}7 – 8 см

Для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей пациента необходимо:

-{00}уложить на спину, голову повернуть набок, нижнюю челюсть выдвинуть вперед

+{00}уложить на спину, под лопатки положить валик, голову запрокинуть назад, нижнюю челюсть выдвинуть вперед

-{00}уложить на спину, голову повернуть набок, под лопатки положить валик

Для предупреждения западения корня языка при проведении реанимации голова пострадавшего должна быть:

- {00}повёрнута набок
- +{00}запрокинута назад
- {00}согнута вперед
- {00}в обычном положении

Признаки клинической смерти:

- {00}отсутствие сознания
- {00}широкие зрачки, не реагирующие на свет
- {00}отсутствие дыхания
- {00}отсутствие сердечной деятельности
- +{00}все верно

Основные признаки остановки сердца:

- +{00}отсутствие пульса на сонной артерии
- {00}отсутствие самостоятельного дыхания
- {00}узкие зрачки
- {00}широкие зрачки

Достоверные признаки биологической смерти:

- {00}появление трупных пятен
- {00}появление симптома «кошачьего глаза»
- {00}появление трупного окоченения
- +{00}все верно

При введении атропина наблюдается:

- +{00}тахикардия, расширение зрачков
- {00}брадикардия;
- {00}сужение зрачков.

Реанимационные мероприятия не проводят при:

- {00}наличии признаков биологической смерти
- {00}травмах, не совместимых с жизнью
- {00}последней стадии неизлечимых заболеваний

+{00}все верно

В первичный комплекс сердечно-лёгочной реанимации входят:

- {00}восстановление проходимости дыхательных путей
- {00}искусственная вентиляция лёгких
- {00}поддержание кровообращения
- +{00}все верно

Признаки эффективности сердечно-лёгочной реанимации:

- {00}отчётливая пульсация на сонной артерии
- {00}улучшение цвета кожных покровов
- {00}сужение зрачков
- {00}восстановление самостоятельного дыхания
- +{00}все верно

Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение:

- +{00}горизонтальное, на спине с твердой основой
- {00}на спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру)
- {00}на спине с опущенным головным концом
- {00}(положение по Тренделенбургу)
- {00}полусидя с валиком под лопатками
- {00}лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога

В предагональном состоянии:

- +{00}сознание спутанное
- {00}сознание отсутствует
- {00}сомналенция
- {00}сознание сохранено
- {00}кома

В предагональном состоянии :

- {00}дыхание отсутствует
- {00}дыхание редкое
- +{00}наблюдается выраженная одышка
- {00}дыхание частое, глубокое
- {00}дыхание парадоксальное (Биоттово и т.д.)

В предагональном состоянии пульс можно определить:

- {00}на периферических артериях
- {00}на сонных и бедренных артериях
- +{00}на периферических, сонных и бедренных артериях
- {00}только на бедренных артериях
- {00}только на сонных артериях

В предагональном состоянии артериальное давление составляет:

- +{00}60/20 мм рт.ст
- {00}40/0 мм рт.ст
- {00}не определяется
- {00}80/40 мм рт.ст
- {00}90/45 мм рт.ст

В агональном состоянии корнеальный рефлекс:

- {00} присутствует
- {00} отсутствует
- +{00} резко ослаблен
- {00} повышен
- {00} не изменен

При подозрении на остановку дыхания у больного следует:

- {00} приложить ко рту и носу больного зеркало
- {00} пальпаторно определить отсутствие дыхательных экскурсий грудной клетки
- {00} визуально определить изменения цвета кожных покровов
- {00} аускультативно определить дыхательные шумы
- +{00} положить одну руку на грудь, другую - на живот больного и по разнице экскурсий определить наличие дыхания

Основным признаком остановки сердца является:

- +{00} отсутствие пульса на сонной артерии
- {00} отсутствие самостоятельного дыхания
- {00} узкие зрачки
- {00} широкие зрачки
- {00} отсутствие сознания

После острой остановки сердца максимальное расширение зрачков регистрируется:

- {00} в первые секунды
- {00} не позднее первых 25 с
- +{00} через 30-60 с
- {00} через 80-120 с
- {00} через 60-80 с

Оптимальное время для начала оживления после полной остановки дыхания и кровообращения у потенциально здоровых людей составляет:

- {00} 10 минут
- +{00} 3-5 минут
- {00} 5-7 минут
- {00} 7-10 минут
- {00} 10-15 минут

Прогноз реанимации является наиболее благоприятным:

- {00} при первичной остановке кровообращения
- +{00} при первичной остановке дыхания
- {00} при первичном поражении центральной нервной системы
- {00} при остановке сердца у больного приобретенным пороком сердца
- {00} при остановке сердца у больного хроническим гломерулонефритом

Тяжесть развития необратимых состояний после сердечно-легочной реанимации определяется:

- {00} гипоксией миокарда
- +{00} гибелью клеток коры головного мозга
- {00} некрозом клеток паренхиматозных органов
- {00} увеличением активности лизосомальных ферментов
- {00} нарушением легочной вентиляции

Кордиамин обладает:

- +{00}стимулирующим влиянием на дыхательный центр
- {00}прямым кардиотропным действием
- {00}сосудорасширяющим эффектом
- {00}противосудорожным действием
- {00}свойством угнетать дыхательный центр

При выполнении реанимационных мероприятий одним спасателем следует придерживаться соотношения:

- +{00}2 вдоха + 30 компрессий
- {00}3 вдоха + 18 компрессий
- {00}5 вдохов + 20 компрессий
- {00}1 вдох + 5 компрессий
- {00}1 вдох + 4 компрессии

Если на ЭКГ регистрируется мелковолновая фибрилляция желудочков, следует:

- {00}перейти к закрытому массажу сердца, ввести хлористый кальций, ИВЛ
- +{00}ввести в/венно адреналин,
- {00}подготовить к работе дефибриллятор, начать закрытый массаж сердца
- {00}ввести сердечные гликозиды, произвести дефибрилляцию
- {00}подготовить в работе дефибриллятор
- {00}вести лидокаин в вену, произвести дефибрилляцию,
- {00}закрытый массаж сердца

ЭКГ: Эффективная электрическая дефибрилляция сердца возможна при регистрации на

- {00}асистолии
- {00}мелковоолновых аритмичных осцилляций
- +{00}крупновоолновых осцилляций правильной формы
- {00}всех перечисленных нарушений
- {00}полной а-в блокады

Струйное введение хлорида кальция показано:

- {00}при асистолии
- {00}при электромеханической диссоциации
- +{00}при передозировке верапамила с артериальной гипотензией
- {00}при фибрилляции желудочков
- {00}во всех перечисленных ситуациях

Наиболее удобной веной для катетеризации на фоне проводимого массажа является:

- {00}наружная яремная вена
- {00}бедренная вена
- {00}подключичная вена
- +{00}локтевая вена
- {00}внутренняя яремная вена

Обморок, коллапс, кома. Реанимация и интенсивная терапия в медицине катастроф (землетрясение, пожары, наводнения, несчастные случаи, аварии на производстве и др.)

При судорогах неотложная помощь заключается во введении:

- {00}эуфиллина
- {00}анальгина, димедрола

- +{00}реланиума, барбитуратов
- {00}антибиотиков

Укажите правильное определение понятия «обморок»:

- {00}постепенно развивающаяся и длительно сохраняющаяся утрата сознания
- +{00}внезапная и кратковременная утрата сознания
- {00}внезапно наступившая и длительная потеря сознания
- {00}все определения верны

Для выведения больного из гипогликемической комы необходимо ввести:

- +{00}в/в 40% глюкозу – 40 – 60 мл
- {00}инсулин
- {00}в/в NaCl 0,9% - 1000,0
- {00}антигистаминные препараты
- {00}п/к 0,5 адреналина

Пострадавшему с отравлением в состоянии комы промывание желудка проводят:

- {00}с опущенным головным концом
- {00}с приподнятым головным концом
- {00}в положении на боку
- +{00}после интубации трахеи

Лечебная тактика при различной степени перегревания включает:

- {00}физические методы охлаждения
- {00}внутривенное введение литической смеси
- {00}внутривенное введение кристаллоидов
- {00}противосудорожные препараты
- {00}госпитализацию
- +{00}все перечисленное

При гипергликемической коме тонус глазных яблок при пальпации:

- {00}повышен
- {00}обычный
- +{00}снижен
- {00}не определяется
- {00}может быть любым из перечисленного

При асфиксическом утоплении характерно первично:

- {00}асистолия
- {00}фибрилляция желудочков
- +{00}остановки кровообращения не происходит
- {00}полная а-в блокада
- {00}а-в блокада II степени

Клинически "синкопальное" утопление характеризуется наличием первичного:

- {00}ларингоспазма
- {00}агонального периода
- +{00}первичной остановки сердца (кровообращения)
- {00}первичной черепно-мозговой травмы,
- {00}перелома шейного отдела позвоночника
- {00}первичной остановки дыхания

Оптимальной методикой выведения из гипогликемической комы является введение:

- +{00}внутривенно струйно 40% глюкозы
- {00}внутривенно капельно 40% глюкозы
- {00}внутривенно капельно 5% глюкозы
- {00}внутривенно 40% глюкозы + 6-8 ЕД инсулина
- {00}внутривенно струйно 5% глюкозы

Больной с гипогликемическим состоянием пришел в сознание. Ваши действия:

- {00}предложить больному поесть
- +{00}ввести 40% глюкозу
- {00}ввести инсулин короткого действия, затем предложить больному поесть
- {00}ввести поляризующую смесь
- {00}все перечисленное неверно

При гипергликемической коме:

- {00}происходит внезапная потеря сознания
- +{00}наблюдается постепенное снижение сознания до полной потери
- {00}наблюдается двигательное возбуждение
- {00}с последующей потерей сознания
- {00}сознание сохранено
- {00}все перечисленное верно

Для гипергликемической комы не характерно:

- {00}дегидратация
- {00}чувство голода
- {00}жажда
- {00}судороги
- +{00}быстрое развитие

Запах изо рта при кетодиабетической коме напоминает:

- {00}запах миндаля
- +{00}запах ацетона
- {00}не бывает
- {00}запах тухлых яиц
- {00}запах перезрелой дыни

При гипергликемической коме наблюдается:

- {00}дыхание Чейн - Стокса
- +{00}дыхание Куссмауля
- {00}обычное дыхание
- {00}апноэ
- {00}дыхание Биотта

У больного, находящегося в постреанимационном периоде, отмечается полное отсутствие сознания, он не реагирует ни на какие, в том числе болевые, раздражители.

Это состояние характеризует неврологический термин:

- +{00}кома
- {00}сопор
- {00}делирий

В отношении теплового удара верны следующие утверждения:

- {00} сопровождается повышением температуры тела выше 40,6 град С
- {00} может развиваться у здоровых молодых людей на фоне физической нагрузки
- +{00} верно все

Лечебная тактика при различной степени перегревания включает:

- {00} физические методы охлаждения
- {00} внутривенное введение литической смеси
- {00} внутривенное введение кристаллоидов
- {00} противосудорожные препараты
- {00} госпитализацию
- +{00} все перечисленное

Острые экзогенные отравления

При отравлении ядами прижигающего действия промывание желудка через зонд проводится в сроки:

- {00} до 3 суток после отравления
- {00} до 2 суток после отравления
- {00} до 24 часов после отравления
- +{00} до 12 часов после отравления

Пострадавшему с отравлением в состоянии комы промывание желудка проводят:

- {00} с опущенным головным концом
- {00} с приподнятым головным концом
- {00} в положении на боку
- +{00} после интубации трахеи

При энтеральном отравлении необходимо в первую очередь:

- {00} обеспечить покой
- {00} наладить ингаляцию кислорода
- +{00} промыть желудок
- {00} ввести тонизирующие препараты

При парентеральном отравлении в первую очередь необходимо:

- +{00} начать инфузионную терапию
- {00} обеспечить полный покой
- {00} дать активированный уголь
- {00} промыть желудок

Антидотная терапия проводится:

- {00} в любой период с момента отравления
- +{00} в первые часы после отравления
- {00} в течение суток с момента отравления

Следующий препарат является антагонистом опиоидов:

- {00} кодеин
- {00} цераксон
- +{00} налоксон
- {00} диоксидин

Отрицательными сторонами действия препаратов барбитуровой кислоты

(тиопентала

натрия, гексенал являются все перечисленные, за исключением:

- {00} угнетения функции дыхательного центра
- +{00} быстрого введения и выведения из наркоза
- {00} угнетения сократительного статуса миокарда
- {00} снижения сосудистого тонуса
- {00} снижения функции печени и почек

Морфина гидрохлорид оказывает на дыхание следующее влияние:

- {00} снижает глубину, частоту дыхания, МОД, чувствительность к CO₂
- +{00} снижает частоту дыхания, минутную вентиляцию
- {00} и чувствительность к CO₂, увеличивает глубину дыхания
- {00} повышает мышечный тонус
- {00} уменьшает объем вдоха,
- {00} что приводит к развитию недостаточности дыхания
- {00} уменьшает альвеолярно-капиллярную проницаемость

При отравлении едкими щелочами или кислотами наиболее целесообразным методом

удаления яда из желудка является:

- {00} назначение рвотных средств
- +{00} аспирация содержимого желудка с помощью назогастрального зонда
- {00} назначение рвотных средств, а затем проведение гастрального лаважа

Назначение рвотных средств не показано при отравлении:

- {00} барбитуратами
- {00} адельфаном
- +{00} крепкими кислотами
- {00} йодом
- {00} дихлорэтаном

Противопоказаниями для промывания желудка с помощью назогастрального зонда являются:

- {00} бессознательное состояние
- {00} судорожный синдром
- {00} декомпенсированная недостаточность кровообращения
- +{00} противопоказаний не существует
- {00} химический ожог пищевода

Болевой синдром вызывает отравление:

- {00} гепатотропными ядами
- {00} нефротоксическими ядами
- +{00} коррозивными ядами
- {00} кардиотропными ядами
- {00} психотропными ядами

При попадании внутрь крепких кислот развивается клиническая картина перечисленными признаками, кроме:

- {00} ожога пищевода и желудка
- {00} выраженного болевого синдрома

- {00}пищеводно-желудочного кровотечения
- +{00}острого развития гемипареза
- {00}гемолиза

Нарушений дыхания не вызывает отравление:

- {00}барбитуратами
- +{00}салицилатами
- {00}фосфорорганическими веществами
- {00}угарным газом
- {00}нейропептидами

Специфическим антидотом в "токсической" фазе острого отравления фосфорорганическими веществами является:

- {00}прозерин
- {00}бемегрид
- +{00}атропин
- {00}налорфин
- {00}пилокарпин

Действия врача при вызове к ребенку с энтеральным попаданием яда:

- {00}немедленная госпитализация в центр экстракорпоральной детоксикации
- +{00}промывание желудка
- {00}госпитализация в стационар или токсикореанимацию
- {00}вызов токсиколога или реанимобиль на дом
- {00}немедленная госпитализация
- {00}в любое ближайшее реанимационное отделение
- {00}немедленное начало проведения форсированного диуреза

Наибольшее всасывание этилового спирта происходит:

- {00}в желудке
- +{00}в тонкой кишке
- {00}в толстой кишке
- {00}равномерно во всем пищевом канале
- {00}в полости рта

Нарушения зрения, выраженный метаболический ацидоз и нарушение функции почек

может вызвать:

- {00}уксусная эссенция
- +{00}метиловый спирт
- {00}этиленгликоль
- {00}ацетон
- {00}хлорированные углеводороды

Наиболее короткий инкубационный период бывает при отравлении:

- +{00}мухоморами
- {00}бледной поганкой
- {00}шампиньоном ядовитым
- {00}ложным опенком

Противопоказанием для промывания желудка является:

- {00}примесь крови в промывных водах

- {00}ожог пищеварительного тракта
- {00}бессознательное состояние
- +{00}противопоказаний нет
- {00}ИВЛ

Методами диагностики острых отравлений на догоспитальном этапе являются:

- {00}определение токсического вещества в крови и моче
- +{00}клиническая диагностика
- {00}функциональная диагностика
- {00}все перечисленные методы
- {00}ни один из перечисленных методов

Основным методом детоксикации на догоспитальном этапе является:

- {00}гемодиализ
- {00}формированный диурез
- +{00}промывание желудка
- {00}гемосорбция
- {00}плазмоферез

Клиническими признаками отравления хлорофосом являются:

- {00}возбуждение, сухость кожи, гиперкинезы
- {00}широкие зрачки
- +{00}возбуждение, потливость, миофибрилляция, бронхорея
- {00}суженные зрачки
- {00}судороги эпилептиформного типа, широкие зрачки
- {00}рвота, боль в животе, гемоглобинурия
- {00}коматозное состояние

Паралич дыхательного центра без наличия коматозного состояния могут вызвать:

- {00}большие транквилизаторы (аминазин, дроперидол)
- {00}дихлорэтан
- {00}атактики (валиум, седуксен)
- +{00}опиаты
- {00}этиленгликоль

Паралич дыхательной мускулатуры могут вызвать:

- {00}атропин
- {00}дихлорэтан
- {00}этиловый спирт
- +{00}ФОС
- {00}яд бледной поганки

При отравлении снотворными препаратами методом комплексной детоксикации является:

- {00}промывание желудка через зонд, кишечный лаваж
- +{00}промывание желудка через зонд, форсированный диурез,
- {00}гемо- и перитонеальный диализ, гемосорбция
- {00}промывание желудка через зонд, форсированный диурез, плазмоферез
- {00}плазмоферез
- {00}все перечисленное

Основанием для прекращения атропинизации больного с отравлением ФОС на догоспитальном этапе является:

- {00}исчезновение миоза
- +{00}саливации, бронхореи
- {00}миофибрилляции
- {00}всей симптоматики
- {00}всего перечисленного

При отравлении крепкими кислотами для промывания желудка используется:

- +{00}вода
- {00}слабый раствор бикарбоната натрия
- {00}слабый раствор лимонной кислоты
- {00}растительное масло
- {00}все перечисленное

При отравлении барбитуратами врач скорой помощи обязан обеспечить промывание желудка:

- {00}в первые 6-8 часов после поступления яда
- {00}в первые 12 часов после поступления яда
- +{00}до 24 часов после поступления яда
- {00}до 3 суток после поступления яда
- {00}в первые 1-4 часа после поступления яда