

ОРД-СМП-19

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

Кафедра внутренних болезней №5

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно - методического
совета**

« 28 » 08 2020 г. Пр. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к программе практики «Производственная (клиническая) практика» -основной профессиональной образовательной программы – программы ординатуры по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от « 03 » 07 2020 г., протокол № 21**

**Заведующий кафедрой
профессор Н.М.Бурдули**



г. Владикавказ 2020 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
6. Комплект оценочных средств
 - эталоны тестовых заданий
 - вопросы по зачету/экзамену

**Паспорт фонда оценочных средств
Производственная (клиническая) практика**

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	зачет		
	Производственная (клиническая) практика	УК-1, ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8	- вопросы к зачету - эталоны тестовых заданий

Вопросы по неотложным состояниям

1. Острый коронарный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Неотложная терапия.
2. Внезапная остановка сердца и дыхания: Ваши план и программа действий.
3. Клиника типичных и атипичных приступов стенокардии. ЭКГ признаки. Помощь. Тактика в условиях скорой медицинской помощи.
4. Отравления транквилизирующими, снотворными средствами: диагностика, неотложная терапия.
5. Показания и принципы госпитализации при стенокардии.
6. Отравления кислотами и щелочами: диагностика, неотложная терапия.
7. Коллапс: причины, клиника, неотложная помощь..
8. Гипертонические кризы (неосложненные и осложненные): клиника, неотложная помощь.
9. Дифференциальный диагноз при болях в левой половине грудной клетки.
10. Болевой синдром при инфаркте миокарда; его неотложная терапия.
11. Анафилактический шок: причины, клиническая картина, диагностика, неотложная помощь..
12. Стенокардия: купирование боли.
13. Острый коронарный синдром, определение, варианты, тактика на догоспитальном и госпитальном этапах.
14. Сердечная астма: диагностика, неотложная терапия.
15. Острые медикаментозные аллергические реакции: клиника, неотложная помощь.
16. Кардиогенный шок: клиника, диагностика, неотложная терапия.
17. Классификация нарушений сердечного ритма, методы диагностики, принципы лечения, противоаритмические препараты..
18. Купирование приступа бронхиальной астмы: клиника, неотложное лечение.
19. Астматический статус: диагностика, неотложная терапия.
20. Диагностика, неотложная помощь при приступе желчной колики.
21. Неотложная помощь при приступе Морганьи-Эдемса-Стокса.
22. Диабетические комы: диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная терапия.
23. Неотложная помощь при приступе мерцательной аритмии.

24. Гипогликемическая кома: причины, клиника, диагностика, неотложная терапия.
25. Надпочечниковая недостаточность: диагностика, лечение.
26. Неотложная помощь при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.
27. Острый живот: основы диагноза и дифференциального диагноза; тактика терапевта.
28. Неотложная помощь при остром инфаркте миокарда.
29. Спонтанный пневмоторакс: диагностика, неотложная терапия.
30. Неотложная помощь при неосложненном гипертоническом кризе.
31. Нарушения ритма и проводимости в остром периоде при инфаркте миокарда: диагностика, неотложная терапия.
32. Диагностика и неотложные лечебные мероприятия при легочном кровотечении.
33. Острая сердечная недостаточность. Отек легких. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Дальнейшая тактика.
34. Диагностика и неотложные лечебные мероприятия при желудочно-кишечном кровотечении.
35. Расслаивающая аневризма аорты грудного, брюшного отделов. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, помощь, тактика.
36. Диагностика и неотложные лечебные мероприятия при печеночной коме.
37. Аллергические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, тактика в условиях скорой помощи. Осложнения, отёк Квинке, анафилактический шок.
38. Феохромоцитома. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача скорой помощи.
39. Острый инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Типичная, атипичная клиника. ЭКГ признаки. Помощь. Тактика врача скорой медицинской помощи.
40. Острая дыхательная недостаточность: диагностика, дифференцированная терапия.
41. Диагностика и неотложная терапия при острой почечной недостаточности.
42. Неотложная помощь при осложненном гипертоническом кризе.

43. Пароксизмальные тахикардии: этиология, механизмы возникновения, клиника, ЭКГ-диагностика. Осложнения. Неотложная помощь.
44. Инфекционно-токсический шок при пневмонии: диагностика, неотложные мероприятия.
45. Неотложная помощь при отеке легких.
46. Тромбоэмболия лёгочной артерии, мелких ветвей легочной артерии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. ЭКГ признаки. Помощь. Тактика врача скорой помощи.
47. Наджелудочковые пароксизмальные нарушения сердечного ритма: формы, диагностика, неотложная терапия.
48. Диабетическая кетоацидотическая кома: этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь.
49. Желудочковая пароксизмальная тахикардия: диагностика, неотложная терапия.
50. Атрио-вентрикулярные блокады: диагностика, показания к постановке искусственного водителя ритма.

Тестовые вопросы (правильный ответ, отмечен +)

Боль в нижней трети грудины, облегчающаяся при переходе из горизонтального положения в вертикальное, указывает на

тромбоэмболию легочной артерии

базальный плеврит

+ грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

пролапс митрального клапана

острый инфаркт миокарда

Острый перикардит с выраженным болевым синдромом у лиц моложе 40 лет, скорее всего, связан с

туберкулезом

микседемой

+острой вирусной инфекцией

системной красной волчанкой

периодической болезнью

Иррадиация боли в спину наиболее характерна для

острого перикардита

разрыва пищевода

+расслаивающей аневризмы аорты

тромбоэмболии легочной артерии

спонтанного пневмоторакса

Сочетание болей в грудной клетке с гипотензией наименее характерно для

тромбоэмболии легочной артерии

острого инфаркта миокарда

напряженного пневмоторакса

гемотампонады сердца

+ острого сухого перикардита

Сочетание болей в грудной клетке с набуханием шейных вен характерно для всего перечисленного, кроме

- тромбоэмболии легочной артерии
- разрыва межжелудочковой перегородки
- гемотампонады сердца
- инфаркта правого желудочка
- +расслаивающей аневризмы аорты

Зависимость болей в грудной клетке от положения больного наиболее характерна для одного из следующих заболеваний

- пролапс митрального клапана
- тромбоэмболия легочной артерии
- +острый перикардит
- расслаивающая аневризма аорты
- инфаркт миокарда.

Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на

- +расслаивающую аневризму аорты
- тромбоэмболию легочной артерии
- инфаркт миокарда
- кардиоспазм
- синдром Титце

Возникновение болей за грудиной после еды при принятии горизонтального положения наиболее характерно для

- кардиоспазма
- +грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- язвенной болезни желудка
- вариантной стенокардии
- обострения хронического холецистита

Эффективность нитроглицерина в купировании приступа загрудинных болей помимо стенокардии отмечается также при

+кардиоспазме

нейроциркуляторной дистонии

пролапсе митрального клапана

остром перикардите

грыже пищеводного отверстия диафрагмы

Сочетание интенсивных разлитых болей в верхних отделах живота с иррадиацией в спину и элевацией сегмента ST на ЭКГ кроме гастралгической формы инфаркта миокарда требует исключить, в первую очередь

обострение язвенной болезни желудка

расслаивающую аневризму аорты

+острый панкреатит

острый гастродуоденит

синдром Хилаидити

Из заболеваний, сопровождающихся болями в груди, пальпация грудной клетки наиболее информативна при

+синдроме Титце

пролапсе митрального клапана

остром перикардите

синдроме Хилаидити

спонтанном пневмотораксе

Появление колющих односторонних болей в грудной клетке во время кашля характерно для

рефлюкс-эзофагита

+спонтанного пневмоторакса

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

синдрома Хилаидити

пролапса митрального клапана

Элевация сегмента ST на ЭКГ при интенсивных загрудинных болях помимо острой коронарной недостаточности типична также для

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

+ острого перикардита

спонтанного пневмоторакса

кардиоспазма

нейроциркуляторной дистонии

Подъем сегмента ST у больных без ИБС на ЭКГ может встречаться при гипотермии

нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях V_{1-2} с глубокими зубцами S

тромбоэмболии легочной артерии

синдроме ранней реполяризации

+ во всех перечисленных случаях

Для синдрома ранней реполяризации желудочков характерна регистрация на ЭКГ

отрицательных зубцов T

депрессии сегмента ST

+подъема сегмента ST

высокоамплитудных зубцов R

глубоких остроконечных зубцов S

Подъем сегмента ST в большинстве отведений характерен для

тромбоэмболии легочной артерии

гипокалиемии

гиперкалиемии

+острого перикардита

всего перечисленного

Причиной появления отрицательных зубцов T на ЭКГ может быть все перечисленное, за исключением

гипервентиляции

+гиперкалиемии

дисгормональных нарушений
нарушения мозгового кровообращения
мелкоочагового инфаркта миокарда

Причиной появления очень высоких зубцов Т может быть

гиперкалиемия
ваготония
сверхострая фаза инфаркта миокарда
нарушение мозгового кровообращения
+все перечисленное

Развитие очаговой неврологической симптоматики на фоне приступа интенсивных за грудиных болей с наибольшей вероятностью указывает на

тромбоэмболию легочной артерии
острый панкреатит
острый перикардит
вариантную стенокардию
+расслаивающую аневризму аорты

Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для

острого перикардита
расслаивающей аневризмы аорты
разрыва пищевода
+тромбоэмболии легочной артерии
грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Остро возникшая у пациента в астматическом статусе односторонняя боль в грудной клетке, связанная с актом дыхания, требует исключить, в первую очередь

+ спонтанный пневмоторакс
острый плеврит
межреберную невралгию

тромбоэмболию легочной артерии

синдром Цириакса

Наиболее характерным изменением ЭКГ во время приступа стенокардии является

инверсия зубца T

+горизонтальная депрессия $ST \geq 1$ мм

подъем сегмента $ST \geq 1$ мм

снижение амплитуды зубца R

все перечисленное неверно

Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для

недостаточности клапанов аорты

митрального стеноза

недостаточности митрального клапана

+ стеноза устья аорты

вариантной стенокардии

Для прогрессирующей стенокардии верны следующие утверждения, кроме

характерно учащение приступов

характерны боли в покое

+характерно возникновение болей по мере нарастания нагрузки

характерно горизонтальное смещение сегмента ST

необходима срочная госпитализация

Для стенокардии напряжения характерно все, кроме

внезапного появления болей

болей до 10 минут

эффективного действия нитратов

+проявления чаще ночью

связи с нагрузкой

Для приступа вариантной стенокардии нехарактерно

развитие нередко в предутренние часы во время сна

+ появление болей преимущественно при физической нагрузке

провоцирующая роль холода, злоупотребления табаком

сравнительно большая продолжительность

меньший эффект нитратов в сравнении со стенокардией напряжения

К эффектам нитроглицерина относятся все, кроме

уменьшения конечно-диастолического давления в левом желудочке

уменьшения преднагрузки на сердце

устранения спазма венечных артерий

уменьшения потребления кислорода миокардом

+увеличения насыщения крови кислородом

Прием нитропрепаратов может сопровождаться

бронхоспазмом

брадикардией

диареей

+артериальной гипотонией

брадипноэ

При нестабильной стенокардии с недостаточным эффектом от приема нитратов целесообразно

срочно госпитализировать больного

увеличить дозу нитратов

ввести наркотические анальгетики

проведение оксигенотерапии

+все перечисленные мероприятия

У верапамила, в отличие от нифедипина, присутствует следующий эффект

эффективность в предотвращении приступов вариантной стенокардии

гипотензивное действие

урежение приступов при болезни Рейно
определённый бронхолитический эффект
+ урежение ЧСС в терапевтических дозах

Бета-блокаторам присущи все эффекты, кроме

артериальной гипотензии

брадикардии

провоцирования бронхоспазма

депрессивных состояний у пожилых

+ гипергликемии у больных сахарным диабетом

Больному сахарным диабетом со склонностью к гипогликемии из антиангинальных препаратов противопоказан

нитроглицерин

+ пропранолол

нифедипин

нитросорбид

верапамил

Нежелательно сочетание β – блокаторов со всеми препаратами, кроме

верапамила (изоптина)

дильтиазема (кардила)

кордарона

дигоксина

+ нитратов

Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии у больного бронхиальной астмой является

пропранолол (обзидан)

кордарон

верапамил (изоптин)

+ нифедипин

клофелин

Относительными противопоказаниями к введению нитроглицерина являются

повышение внутричерепного давления

гипотензия

гиповолемия

тяжелый аортальный стеноз

+все перечисленное

При стенокардии напряжения и ЧСС 58 в минуту нельзя назначать препараты, кроме

пропранолола(обзидана)

верапамила (изоптина)

+ изокета

дильтиазема (кардила)

кордарона

Монофазная кривая при остром инфаркте миокарда обычно удерживается

до 24 часов

+до 1 недели

до 1 месяца

до 3 месяцев

возможны все варианты

Подъем сегмента ST, отрицательный зубец T в I, aVL, V₃-V₆, а также уменьшение амплитуды зубца R в этих отведениях характерны для

мелкоочагового переднего инфаркта

+интрамурального переднебокового инфаркта

крупноочагового бокового инфаркта

мелкоочагового бокового инфаркта

интрамурального заднебокового инфаркта

Появление комплексов QS в V₁-V₃ наиболее характерно для инфаркта миокарда

+передне-перегородочной локализации

нижней локализации

боковой локализации

задней стенки

правого желудочка

Регистрация подъема сегмента ST в отведении V₁ у больных с острым инфарктом миокарда нижней локализации является признаком

+ сопутствующего инфаркта миокарда задней стенки

сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка

сопутствующего передне-перегородочного инфаркта миокарда

всего перечисленного

ничего из перечисленного

У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса появление зубцов S в отведениях I, aVL, V₅₋₆ является признаком инфаркта миокарда

передне-перегородочной локализации

нижней локализации

+боковой локализации

задней стенки

все перечисленное не верно

У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса признаком крупноочаговых изменений нижней локализации является

регистрация комплексов QS во II.отведении

регистрация зубцов Q. во II .отведении

зубец R во II отведении меньше, чем зубцы R в отведениях III и aVF

зубец R во II отведении $\leq 1,5$ мм

+ возможно все перечисленное

При изолированных изменениях ЭКГ в aVL, для уточнения зоны инфаркта надо регистрировать

V₃-V₄ справа

V₂ по II межреберью

отведение Dorsalis по Небу

отведение Anterior по Небу

+отведение Inferior по Небу

Для субэндокардиального инфаркта миокарда характерно

благоприятный прогноз

более редкие, чем при трансмуральном инфаркте миокарда, осложнения

+частые рецидивы

неосложненное течение

возникновение чаще у молодых больных

Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются

тромбоэмболическими осложнениями

+фибрилляцией желудочков

перикардитом

плевритом

аневризмой

Летальность от острого инфаркта миокарда наиболее высока

+в первые часы

на вторые сутки

одинакова на всех стадиях болезни

нарастает постепенно

возможны все перечисленные варианты

Наиболее частой причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является

кардиогенный шок

отек легких

+фибрилляция желудочков

гемотампонада сердца

полная атриовентрикулярная блокада

В первые три дня острого инфаркта миокарда возможны все осложнения, кроме

кардиогенного шока

нарушения ритма

+синдрома Дресслера

отека легких

разрывов миокарда

Внезапная потеря сознания и пульса при сохранении ЭКГ-сигналов характерна для

фибрилляции желудочков

+разрыва сердца

тромбоэмболии легочной артерии

полной поперечной блокады

синдрома Фредерика

Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно

+сегмент ST на изолинии

исчезновение патологического зубца Q.

положительный (всегда) зубец T

сужение зубца Q до 0,02 с

возможны все варианты

При остром инфаркте миокарда задней стенки, PQ-0,32с, ЧСС -62 в мин., АД- 120/80 мм рт.ст. на догоспитальном этапе надо

проводить антиаритмическую терапию

ввести препараты калия

ввести гормоны

ввести атропин

+вышеперечисленные мероприятия не проводятся

При остром инфаркте миокарда морфин относительно противопоказан

при гипотензии

+при брадикардии

при желудочковой экстрасистолии

при застое в легких

во всех перечисленных случаях

К побочным эффектам внутривенного введения морфина относится все перечисленное, кроме

угнетения дыхательного центра

тошноты, рвоты

брадикардии

+периферической вазоконстрикции

угнетения моторики кишечника

Рефлекторный (болевого) коллапс при остром инфаркте миокарда купируют

мезатоном

строфантином

+нейролептаналгезией

баралгином

анальгином

055. При остром инфаркте миокарда с болевым синдромом повторное внутривенное введение фентанила возможно

через 10 минут

+через 30 минут

через 1 час

через 4 часа

повторное введение не проводится

Наиболее подходящим препаратом для купирования отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальным АД является

строфантин

+нитроглицерин

маннитол

преднизолон

пентамин

К препаратам выбора при отеке легких на фоне артериальной гипотензии у больных острым инфарктом миокарда относятся

норадреналин

сердечные гликозиды

+допамин+нитроглицерин

кортикостероиды+лазикс

все перечисленные препараты

Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является

кортикостероиды

мезатон

сердечные гликозиды

+допамин

все перечисленное

При остром инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, используют

+фентанил+дроперидол (в/в капельно), гепарин (в/в), реополиглюкин (в/в капельно)

фентанил+дроперидол (в/в струйно), мезатон (в/в струйно)

преднизолон (в/в), нитроглицерин (в/в)

полиглюкин (в/в струйно), мезатон (в/в)

допустимы все перечисленные варианты

При остром инфаркте миокарда повышение порога фибрилляции желудочков наиболее характерно для

новокаинамида

верапамила (изоптина)

кордарона

+лидокаина

пропранолола

Синусовая тахикардия не встречается при

анемии

+синдроме Фредерика

лихорадке

тиреотоксикозе

всех перечисленных состояниях

ЭКГ – картина при пароксизме суправентрикулярной тахикардии следующая

+форма QRS не изменена, зубец Р отсутствует, ЧСС более 160 в мин.

форма QRS деформирована, зубец Р отсутствует, ЧСС менее 160 в мин.

форма QRS деформирована, зубец Р отсутствует, ЧСС более 220 в мин.

все перечисленное неверно

возможны все перечисленные варианты

При суправентрикулярной тахикардии с абберрантными желудочковыми комплексами отмечается

отсутствие зубца Р

отрицательный зубец Р

+уширение комплекса QRS

удлинение интервала QT

укорочение интервала PQ

При трепетании предсердий частота их сокращений достигает

120-180 в минуту

+200-350 в минуту

360-400 в минуту

450-500 в минуту

600-700 в минуту

Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с

трепетанием желудочков

пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW

узловой пароксизмальной тахикардией

+предсердной тахикардией с атриовентрикулярной блокадой II степени

всем перечисленным

Волны F при трепетании предсердий лучше всего регистрируются на ЭКГ в отведениях

+II, III, aVF

I, V₁₋₂

V₃₋₄

V₅₋₆

все перечисленное неверно

ЭКГ-признаками синдрома WPW являются

комплекс QRS не изменен, удлинение интервала PQ

комплекс QRS не изменен, интервал PQ-обычный

+укорочение интервала PQ, неправильная форма восходящего колена зубца R

+укорочение интервала PQ, неправильная форма нисходящего колена зубца R

миграция водителя ритма

Признаком парасистолии является

обычно меняющийся интервал сцепления между нормальным и эктопическим импульсом

периодическое появление сливных комплексов QRS

наличие кратных отношений интерэктопических интервалов

+все перечисленное верно

все перечисленное неверно

Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма показан только при

трепетании предсердий
фибрилляции предсердий
+наджелудочковой тахикардии
желудочковой тахикардии
трепетании желудочков

При пароксизме мерцания предсердий с острой левожелудочковой недостаточностью вводят

верапамил (изоптин)
+коргликон, дигоксин
панангин
новокаиномид
лидокаин

Для гликозидной интоксикации характерно

инверсия зубца Т
+аллоритмия
горизонтальное снижение сегмента ST
подъем сегмента ST
ЭКГ не меняется

К побочным эффектам дигоксина не относится

анорексия
тошнота и рвота
+боль в грудной клетке
экстрасистолия
поперечная блокада сердца

Из перечисленных препаратов не усиливает аритмогенный эффект дигоксина

гипотиазид
фуросемид
+верошпирон

норадреналин

эуфиллин

Сердечные гликозиды могут быть опасными при всех состояниях, исключая

легочное сердце

+пароксизм мерцания предсердий при атеросклеротическом кардиосклерозе

констриктивный перикардит

тиреотоксикоз

острый инфаркт миокарда

При пароксизме мерцания предсердий (средняя ЧСС -250 в мин) с WPW, АД-80/40 мм рт. ст. целесообразно

внутривенное введение новокаинамида

внутривенное введение пропранолола

внутривенное введение изоптина

+электроимпульсная терапия

все перечисленное

Трепетание предсердий, рефрактерное к дигоксину, купируют

панангином

пропранололом (обзиданом)

верапамилем

+электроимпульсной терапией

лидокаином

Препаратом выбора при суправентрикулярной тахикардии является

панангин

+верапамил

кордарон

новокаинамид

лидокаин

Повторное болюсное введение 5-10 мг изоптина при некупированном пароксизме суправентрикулярной тахикардии возможно

через 5 мин

+через 30-40 мин

через 2 часа

через 4 часа

повторное введение недопустимо

При реципрокных наджелудочковых тахикардиях наиболее эффективен

+верапамил (изоптин)

новокаиномид

пропранолол (обзидан)

лидокаин

дигоксин

Для верапамила (изоптина) характерны все перечисленное, кроме способности

+замедлять проведение по дополнительным путям

замедлять атриовентрикулярную проводимость

угнетать сократимость миокарда

вызывать гипотензию

вызывать брадикардию

Противопоказаниями к введению верапамила являются

атриовентрикулярная блокада

миграция водителя ритма

синдром слабости синусового узла

гипотензия

+все перечисленное

Атриовентрикулярную проводимость замедляют

β - блокаторы

верапамил (изоптин)

дильтиазем (кардил)

амлодипин (норваск)

+все перечисленные препараты

При развитии асистолии после введения верапамила показан

адреналин

+хлорид кальция

изадрин

атропин

мезатон

Быстрое введение в вену АТФ может купировать

мерцательную аритмию

+пароксизмальную узловую тахикардию

желудочковую тахикардию

фибрилляцию желудочков

все перечисленные аритмии

Трепетание предсердий 1:1 на фоне синдрома WPW купируют

изоптином

+кардиоверсией

дигоксином

обзиданом

лидокаином

Абсолютные показания к экстренной электроимпульсной терапии

желудочковая тахикардия типа «пируэт»

фибрилляция и трепетание желудочков

трепетание предсердий 1:1

мерцание предсердий на фоне отека легких

+все перечисленное

При синдроме WPW с пароксизмами суправентрикулярной тахикардии с ЧСС -180 в мин показано

большие дозы верапамила

+хирургическое лечение

насыщающая доза дигоксина

обзидан внутривенно

допустимо все перечисленное

Уменьшение рефрактерности дополнительных проводящих путей при синдроме WPW с повышением возбудимости желудочков вплоть до их фибрилляции, характерно для

пропранолола (обзидана)

дигоксина

дильтиазема

верапамила (изоптина)

+всех перечисленных препаратов

Укорочение рефрактерного периода сердечной ткани характерно для

дигоксина

верапамила (изоптина)

кордарона

+лидокаина

пропранолола (обзидана)

Препарат выбора для купирования приступа желудочковой тахикардии

верапамил

+лидокаин

дигоксин

новокаиномид

пропранолол

Лидокаин при в/в введении в терапевтических дозах обладает всеми свойствами, кроме

подавления желудочковой экстрасистолии

+купирования узловых тахикардий

отсутствия влияния на автоматизм синусового узла

быстро метаболизируется печенью

отсутствия угнетения внутрижелудочковой проводимости

С внутривенным введением новокаинамида может быть связано

уширение комплекса QRS

удлинение интервала QT

удлинение интервала PQ

появление тахикардии типа «пируэт»

+все перечисленное

Новокаинамид может вызвать

гипертензию

+нарушение внутрижелудочковой проводимости

атриовентрикулярную блокаду

экстрасистолию

все перечисленное

Показаниями для госпитализации при пароксизме мерцательной аритмии являются все, кроме

депрессии сегмента ST ≤ 2 мм

развития синкопального состояния

клиники сердечной астмы

+вегетативного криза

блокады левой ножки пучка Гиса

При желудочковой экстрасистолии и ЧСС 42 в мин, АД-80-40 мм рт.ст. лечение целесообразно начинать

с лидокаина

+с атропина

с допамина

с изопротеренола (изадрина)

д) допустимы все варианты

Полиопная желудочковая экстрасистолия на фоне мерцательной аритмии лучше купируется

изоптином+панангином

обзиданом+рибоксином

+лидокаином+поляризующей смесью

сердечными гликозидами+мочегонными

все комбинации препаратов одинаково эффективны

Желудочковая тахикардия типа «пируэт» у больных с удлинением QT купируется в/в введением

изоптина (5-10 мг)

+сульфата магния (2-4 г болюсно)

панангина (10-20 мл струйно)

обзидана

всех перечисленных препаратов

Желудочковую тахикардию с левожелудочковой недостаточностью купируют

дигоксином

+кардиоверсией

новокаинамидом

лидокаином

панангином

Повышение смертности на фоне антиаритмической терапии у больных с экстрасистолией после инфаркта миокарда отмечено при приеме

кордарона

мекситила

+этацизина

обзидана

всех перечисленных препаратов

Рост летальности характерен при длительном приеме антиаритмических препаратов

+I класса

II класса

III класса

IV класса

все перечисленное неверно

При применении больших доз хинидина обычно не встречается

уширение комплекса QRS

удлинение интервала QT

инверсия зубца T

удлинение интервала PQ

+ укорочение интервала QT

С приемом β -адреноблокаторов может быть связано

удлинение интервала PQ

увеличение амплитуды зубца T

удлинение интервала QT

увеличение интервала PP

+ все перечисленное

С гипокалиемией может быть связано

уменьшение амплитуды зубца T

увеличение амплитуды зубца U

депрессия сегмента ST

тахикардия

+ все перечисленное

Струйное введение хлорида калия внутривенно

безопасно

МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ КОЛЛАПС

+ МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ АСИСТОЛИЮ

МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

ВОЗМОЖНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

Уширение комплекса QRS, удлинение интервала PR и уменьшение зубца R характерно для выраженной

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

+ гипокальциемии

МОЖЕТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ

Удлинению интервала QT способствуют все факторы, кроме

гипокалиемии

гипомагниемии

+ гиперкалиемии

гипотермии

гипотиреоза

Синусовую брадикардию могут вызвать все факторы, кроме

повышения внутричерепного давления

микседемы

дигоксина

+ нифедипина

выраженной гипербилирубинемии

Развитие рефлекторной брадикардии наиболее вероятно при следующем заболевании

декомпенсированная тампонада сердца

расслаивающая аневризма аорты

+ задне-диафрагмальный инфаркт миокарда

острый вирусный перикардит

острая митральная недостаточность

ЭКГ-картина при миграции водителя ритма по предсердиям

изменение расстояния PP

+ изменения амплитуды и полярности P

отсутствие зубца P у некоторых комплексов QRS

зубцы P следуют после QRS

возможны все варианты

При внутрисердечной блокаде наблюдается

удлинение интервала PQ

+ уширение и деформация зубцов P

отсутствие связи между зубцом P и комплексом QRS

высокие зубцы P

появление зубца P после комплекса QRS

При синдроме слабости синусового узла возможны все ЭКГ изменения, кроме

мерцательной аритмии, тахи-/брадиформы

синусовой брадикардии

+ атриовентрикулярной блокады

систолюкулярной блокады

миграции водителя ритма

При неполной систолюлярной блокаде наблюдается

выпадение комплекса QRST

+ выпадение отдельных комплексов PQRST

удлинение интервала PQ

удлинение интервала QT

уширение комплекса QRS

При полной систолюлярной блокаде наблюдается

+ отсутствие зубцов P и появление эктопического ритма

выпадение отдельных комплексов PQRST

отсутствие связи между зубцом Р и комплексом QRS

зубец Р после комплекса QRS

удлинение интервала QT

Трудности диагностики прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в период мнимого благополучия обусловлены

+ нарастанием лихорадки, ознобом, уменьшением мышечного напряжения передней брюшной стенки

уменьшением боли и напряжения мышц передней брюшной стенки, относительно спокойным поведением больного

появлением озноба, рвоты, уменьшением боли

уменьшением болезненности при пальпации передней брюшной стенки, гипотонией

наличием отрицательного симптома Щеткина-Блюмберга

При подозрении на перфорацию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки врачу скорой помощи следует ориентироваться на следующие признаки

язвенный анамнез, рвота, постепенно нарастающие боли

тошнота, рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки

тошнота, рвота, резкие боли, локализованные в области пупка и эпигастрии

+ резкие боли, возникшие внезапно в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки, язвенный анамнез

тошнота, боли в животе, снижение артериального давления, брадикардия

Отсутствие печеночной тупости свидетельствует, что у больного

острый гепатит

+ прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

+ перфорация и/или разрыв тонкой кишки

острый аппендицит

травма печени

Тактика врача скорой помощи при диагностике прободения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

+ обязательная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара

введение обезболивающих препаратов и наблюдение

при отказе больного от госпитализации оставить за собой "актив"

при отказе больного от госпитализации промыть желудок, ввести обезболивающие препараты и обеспечить "актив" в поликлинику

консервативное лечение язвенной болезни на дому, холод на живот, медикаментозная терапия

Наиболее характерные признаки острого холецистита

боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, рвота "желчью"

+ боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку, тошнота, рвота, пальпация увеличенного болезненного желчного пузыря, повышение температуры

боли в правом подреберье, высокая температура, гипотония

напряжение мышц в правом подреберье, кинжальные боли, рвота

боли в правом подреберье, рвота, боли с иррадиацией в поясничную область, частый жидкий стул

Тактика врача скорой помощи при диагностике острого холецистита

+ холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар в положении лежа

антибиотики, тепло на живот, госпитализация

наркотические анальгетики, госпитализация

быстрая транспортировка в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

обезболивание, антибиотики, "актив" в поликлинику

Тактика врача скорой помощи при подозрении на острый панкреатит заключается во всем перечисленном, кроме

исключения приема пищи и жидкости и введения зонда в желудок

холода на живот и введения спазмолитиков

проведения инфузионной терапии

госпитализации в хирургическое отделение

+ введения спазмолитиков, антибиотиков, "актива" в поликлинику

Боли при остром аппендиците наиболее часто возникают

+ в эпигастрии и перемещаются в правую подвздошную область

в правой подвздошной области, не иррадиируют

в правой подвздошной области, иррадиируют в пах, правое яичко

в правом подреберье и перемещаются в правую подвздошную часть

в правой подвздошной области, иррадиируют в поясницу

Тактика врача скорой помощи при диагностике острого аппендицита

холод на живот, обезболивающие, наблюдение

введение спазмолитиков, холод на живот, наблюдение

+ срочная госпитализация

введение антибиотиков, обезболивающих и спазмолитиков, "актив" в поликлинику

введение спазмолитиков и обезболивающих госпитализация

При положительных симптомах острого аппендицита и наличии рубца от хирургического вмешательства в правой подвздошной области необходимо

+ госпитализировать больного в хирургическое отделение в срочном порядке

госпитализировать больного в инфекционное отделение

госпитализация не обязательна

ввести желудочный зонд, госпитализировать больного после динамического наблюдения при показаниях

ввести обезболивающие препараты, "актив" в поликлинику

Типичными признаками острой толстокишечной непроходимости являются

многократная рвота

схваткообразные, часто повторяющиеся боли в животе

симптом "шум плеска"

отсутствие стула и отхождения газов

+ все верно

Для острой тонкокишечной непроходимости нехарактерно

частая неукротимая рвота, не приносящая облегчения

схваткообразные, часто повторяющиеся боли в животе

симптом "шум плеска"

+ полное отсутствие стула и отхождения газов

возможно одно- или двухкратное отхождение газов и стула

Тактика врача скорой помощи при диагностике острой кишечной непроходимости

постановка сифонной клизмы, при отсутствии эффекта - госпитализация

+ введение желудочного зонда, проведение инфузионной терапии кристаллоидами, госпитализация

срочная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий

введение противорвотных, слабительных и обезболивающих препаратов, "актив" в поликлинику

введение противорвотных и слабительных препаратов, госпитализация

Клинические признаки разлитого (диффузного) перитонита

ослабление или отсутствие перистальтики, тошнота и рвота

признаки интоксикации (озноб, тахикардия, артериальная гипотензия)

положительный симптом Щеткина-Блюмберга

разлитая боль различной интенсивности

+ все перечисленные

Тактика врача скорой помощи при диагностике диффузного перитонита с выраженным интоксикационным синдромом

введение обезболивающих, госпитализация

+ проведение инфузионной терапии кристаллоидами, госпитализация

срочная госпитализация без дополнительной терапии

введение антибиотиков, противорвотных и обезболивающих препаратов, "актив" в поликлинику

введение антибиотиков, госпитализация

Для ущемленной грыжи характерно

наличие грыжевого выпячивания, боль, тахикардия

наличие грыжевого выпячивания, положительный кашлевой толчок, боль

+ наличие грыжевого выпячивания и его невосприимчивость, отсутствие кашлевого толчка, боль

невосприимчивость грыжевого выпячивания, отсутствие боли

грыжа вправляется, но вновь появляется при кашле

Тактика врача скорой помощи при ущемленной грыже

введение спазмолитиков, при неудавшейся попытке вправить грыжу - госпитализация

спазмолитики, обезболивание, госпитализация

+ госпитализация без введения спазмолитиков, обезболивания и попыток вправить грыжу

обезболивание, холод на живот, "актив" участкового врача

спазмолитики, холод на живот, "актив" участкового врача

Тактика врача скорой помощи в случае, когда грыжа была вправлена больным до приезда врача

осмотр, при мягком животе - обезболивание, актив" участкового врача

+ обязательная госпитализация

при наличии болей - обезболивание, спазмолитики, наблюдение

при наличии болей - обезболивание, спазмолитики, госпитализация

возможна любая тактика из перечисленных

Наиболее вероятными признаками проникающей раны живота являются

+ эвентрация, истечение из раны содержимого кишечника

боли в животе, положительный симптом Щеткина-Блюмберга

боли в животе, вздутие живота, тошнота, рвота

кровотечение из раны живота

«кинжальные» боли в животе, притупление в отлогих местах при перкуссии брюшной полости

Тактика врача скорой помощи при проникающем ранении живота и выпадении петель кишечника

вправление петли кишечника в брюшную полость

+ обезболивание при сильном болевом синдроме

срочная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий

+ госпитализация после наложения асептической повязки (увлажненной в жаркое время года)

введение антибиотиков

Диагноз тупой травмы живота с повреждением внутренних органов на догоспитальном этапе выставляется, ориентируясь на следующие данные, кроме

анамнеза (выявление механизма травмы и места приложения травмирующего фактора)

клиники «острого живота» или внутреннего кровотечения

данных портативного аппарата для ультразвуковой диагностики

+ данных лапароскопии

+ выпадения петель кишечника из раны передней брюшной стенки

Для тупой травмы живота с повреждением паренхиматозного органа нехарактерно наличие

тахикардии

артериальной гипотензии

притупления при перкуссии в отлогих местах брюшной полости

бледности кожных покровов

+ исчезновения печеночной тупости

Для тупой травмы живота с повреждением полого органа характерны

сильный болевой синдром

исчезновения печеночной тупости

положительный симптом Щеткина-Блюмберга

только а) и в)

+ все перечисленные симптомы

При тупой травме живота и подозрении на повреждение внутренних органов врач скорой помощи должен

транспортировать больного в стационар после проведения массивной инфузионной терапии

госпитализировать больного без дополнительной терапии

провести обезболивание, инфузионную терапию, вызвать реанимационную бригаду для госпитализации

+ начать инфузионную терапию, по показаниям ввести аналгетики короткого действия, госпитализировать пострадавшего

доставить пациента в ближайшее лечебное учреждение (в том числе, в поликлинику или травмпункт) для уточнения диагноза

На стороне пневмоторакса перкуторно отмечается

+ высокий тимпанит

резкое притупление

отсутствие изменений

коробочный звук

возможно все перечисленное

Для спонтанного пневмоторакса характерны следующие признаки, кроме

ослабление или отсутствие дыхания при аускультации на стороне заболевания

+ жесткое дыхание и масса разнокалиберных влажных хрипов на стороне заболевания

боль на стороне заболевания

одышка

+ кашель с мокротой

Характерными признаками "открытого" пневмоторакса являются

наличие раны, перкуторно - тимпанит, аускультативно – бронхиальное дыхание, множественные крупнопузырчатые влажные хрипы, одышка

наличие раны, притупление перкуторного звука, одышка

+ наличие раны, свистящее дыхание с втягиванием воздуха на вдохе и наличием пузырьков воздуха, одышка

наличие раны, аускультативно – дыхание везикулярное, одышка

отсутствие раны, крепитация ребер при дыхании и пальпации, одышка, подкожная эмфизема

Для закрытого напряженного пневмоторакса характерны

отсутствие при аускультации дыхания на стороне повреждения

набухшие шейные вены, смещение средостения (сердечного толчка) в здоровую сторону

одышка, тахикардия, артериальная гипотензия

перкуторно – тимпанит на стороне поражения

+ все перечисленные признаки

Тактика врача скорой помощи при «открытом» пневмотораксе

выполнить плевральную пункцию во II межреберье по средне-ключичной линии

начать ИВЛ

+ наложить окклюзионную повязку, при нарастании признаков напряженного пневмоторакса – произвести плевральную пункцию во II межреберье по средне-ключичной линии

обезболить пострадавшего, провести оксигенотерапию

срочная госпитализация в операционную стационара без дополнительных лечебных мероприятий

Догоспитальная тактика при напряженном пневмотораксе

быстрая госпитализация без дополнительных мероприятий

проведение оксигенотерапии, обезболивание, госпитализация

+ пункция плевральной полости на стороне повреждения во II межреберье по средне-ключичной линии с эвакуацией воздуха, дренаж по Бюлау, оксигенотерапия, обезболивание по показаниям, госпитализация

пункция плевральной полости на стороне повреждения в VII межреберья по лопаточной или задне-подмышечной линии, госпитализация проведение оксигенотерапии, госпитализация

интубация трахеи, проведение ИВЛ, госпитализация

Пункция плевральной полости во II межреберье по средне-ключичной линии проводится на догоспитальном этапе

- + при напряженном пневмотораксе
- + при двухстороннем закрытом пневмотораксе

при субтотальном гемотораксе

при ушибе легкого

не проводится

Для большого гемоторакса характерно

при аускультации ослабление или отсутствие дыхания в средних и нижних отделах легкого на стороне повреждения

бледность, тахикардия, артериальная гипотензия

одышка

перкуторно – тупость в средних и нижних отделах легкого на стороне повреждения

- + все перечисленные признаки

Пункция плевральной полости в VII межреберья по лопаточной или задне-подмышечной линии проводится на догоспитальном этапе

- + при большом гемотораксе при задержке госпитализации

при двухстороннем закрытом пневмотораксе

всегда при большом гемотораксе

при ушибе легкого

не проводится

Нарушение дыхания при травмах груди может быть обусловлено

гемотораксом

пневмотораксом

ушибом легкого

нарушением реберного каркаса при множественных или флотирующих переломах ребер

- + всем перечисленным

Синдром сдавления груди (травматической асфиксии) характеризуется

+ синюшностью кожных покровов, множественными петехиями, поверхностным учащенным дыханием, болевым синдромом, гипотонией, тахикардией

болевым синдромом, кровохарканьем, напряженным пневмотораксом, подкожной эмфиземой

гемопневмотораксом, флотацией средостения, тахикардией, гипотонией, кровотечением

крепитацией ребер, болью, подкожной эмфиземой, тахикардией, артериальной гипертензией, парадоксальным дыханием

болью, деформацией грудной клетки, брадипноэ, гипотонией, тахикардией

Для ушиба сердца в остром периоде закрытой травмы груди характерно

боли в области сердца

возникновение экстрасистолии

наличие изменений на ЭКГ

развитие мерцательной аритмии

+ все перечисленное

Для травматическом тампонады сердца не характерны

резкое падение АД, слабый частый пульс

значительное повышение ЦВД, набухание шейных вен

ЭКГ-признаки электромеханической диссоциации

глухость сердечных тонов

+ эффективность инфузионной терапии для быстрой коррекции артериальной гипотензии

При подозрении на травматическую тампонаду сердца на догоспитальном этапе следует

+ экстренно госпитализировать пострадавшего в стационар

начать массивную инфузионную терапию и госпитализировать пострадавшего

+ при непредвиденной задержке госпитализации и ухудшении состояния пострадавшего произвести пункцию перикарда с эвакуацией крови

начать инфузионную терапию с введением вазопрессоров, вызвать реанимационную бригаду для госпитализации

произвести пункцию перикарда и при получении крови осуществить торакотомию с перикардиотомией, начать введение вазопрессоров и инфузионную терапию, госпитализировать больного

При проникающих колото-резаных ранениях груди с подозрением на ранение сердца пострадавший должен госпитализироваться в экстренном порядке

в приемное отделение стационара

в реанимационное отделение

+ в экстренную операционную, минуя приемное отделение

только силами реанимационной бригады скорой помощи

транспортировка не проводится до стабилизации гемодинамики пострадавшего

Причинами повреждения пищевода могут быть

ножевое ранение в область шеи или груди

попытки интубации трахеи

зондирование желудка

глотание крупных предметов

+ все перечисленное

Для повреждения пищевода инородным телом характерно

боль при глотании по ходу пищевода

дисфагия

повышенная саливация

осиплость голоса

+ все перечисленное

Действия врача скорой помощи при подозрении на ранение пищевода

+ госпитализация в торакальное (более рационально) или общехирургическое отделение, инфузионная терапия по показаниям

введение анальгетиков, спазмолитиков и антибиотиков, «актив» в поликлинику

рекомендация обратиться к хирургу поликлиники

постановка желудочного зонда, госпитализация

интубация трахеи, ИВЛ, госпитализация

Причинами мезентериального тромбоза являются

атеросклероз

нарушения сердечного ритма

пороки митрального клапана

постинфарктный кардиосклероз и аневризма левого желудочка сердца

+ все перечисленное

Признаками расслаивающей аневризмы аорты являются

боль в животе

пульсирующее опухолевидное образование в мезогастральной области

изменение окраски и температуры кожных покровов нижних конечностей

снижение пульсации на сосудах нижних конечностей

+ все перечисленное

Признаками тромбоза бедренной артерии являются

боль в нижней конечности

чувство онемения нижней конечности

снижение кожной чувствительности и температуры нижней конечности, изменение ее окраски

снижение пульсации на дистальных артериях нижней конечности

+ все перечисленное

Тромбофлебит глубоких вен нижней конечности является показанием

к госпитализации в терапевтическое отделение

+ к госпитализации в ангиохирургическое отделение

к рекомендации соблюдения постельного режима дома

к рекомендации обратиться к хирургу районной поликлиники

к рекомендации приема антикоагулянтов в домашних условиях

Основными признаками венозного кровотечения являются

кровь алого цвета, бьет струей

кровь вытекает медленно, алого цвета

кровь бьет струей, темно-вишневого цвета

+кровь темно-вишневого цвета, вытекает медленно

все перечисленные признаки

Для артериального кровотечения характерно

+кровь алого цвета, бьет струей

кровь бьет струей, темного цвета

кровь темно-вишневого цвета, вытекает медленно

кровь вытекает медленно, алого цвета

все перечисленное

При ранении вены повязка накладывается

выше места повреждения

ниже места повреждения

выше и ниже места повреждения

любая из перечисленных

+давящая на место повреждения

При ранении артерии жгут накладывается

ниже места ранения

+выше места ранения

на место ранения

выше и ниже места ранения над ближайшим суставом

верно все перечисленное

Для перелома конечности характерно

ограничение движения в конечности

патологическая подвижность

боль в области повреждения

деформация конечности

+все перечисленные признаки

Открытый перелом конечности может осложниться

повреждением сосудов и нервов в процессе транспортировки

развитием гнойно-септических осложнений в отсроченном и позднем периодах после травмы

жировой эмболией в раннем периоде после травмы

массивной кровопотерей

+всем перечисленным

Для вколоченного перелома характерно

смещение оси конечности

+боль в области перелома при нагрузке по оси

патологическая подвижность

повреждение кожных покровов над местом перелома

удлинение поврежденной конечности

Перелом лопатки часто сопровождается переломом

ребер на противоположной стороне

+подлежащих ребер

ключицы

всего перечисленного

ничего из перечисленного

Транспортной иммобилизацией перелома ключицы является

+подвешивание верхней конечности на косынке

повязка Дезо

приведение выпрямленной конечности к туловищу с фиксацией бинтом

прямоугольная повязка

транспортная иммобилизация не проводится

При переломе диафиза плечевой кости шина фиксирует

отломки плечевой кости проксимальнее и дистальнее места перелома

плечевой сустав

+плечевой и локтевой суставы

лестничная шина при данном переломе не применяется

плечевой, локтевой и лучезапястный суставы

Кровопотеря при закрытом переломе диафиза плечевой кости составляет

+до 0,5 л

до 1 л

до 2 л

кровопотеря незначительная

В место перелома плечевой кости вводится новокаин в дозе

+15-20 мл 1-2% раствора

40 мл 2% раствора

20 мл 5% раствора

10 мл 10% раствора

возможно все перечисленное

При переломе в верхней трети плеча для транспортной фиксации

рука должна выпрямляться в локтевом суставе и фиксироваться к туловищу

плечо должно быть отведено на 90° вбок с фиксацией шиной

+рука должна быть согнута в локтевом суставе под острым углом с помещением валика в подмышечную впадину с приведением плеча к туловищу и расположением кисти на грудной мышце противоположной стороны

возможны все перечисленные методики

все перечисленное неверно

При повреждении костей предплечья транспортная иммобилизация должна исключить движения

в локтевом суставе

+в лучезапястном и локтевом суставах

в плечевом, локтевом и лучезапястном суставах

в плечевом и лучезапястном суставах

ограничение движений не показано

При повреждении лучезапястного сустава и пальцев кисти

транспортная иммобилизация не проводится

шина располагается от концов пальцев до дистальной трети предплечья

+шина располагается от концов пальцев до локтя

шина фиксирует плечевой, локтевой и лучезапястный суставы

достаточно фиксировать лучезапястный сустав бинтованием

Транспортная шина при диафизарных переломах бедра

фиксирует костные отломки в месте перелома

фиксирует коленный и тазобедренный суставы

+ фиксирует тазобедренный, коленный и голеностопный суставы

располагается от середины голени до подмышечной впадины

транспортная иммобилизация не требуется

При закрытом переломе бедра кровопотеря может составить

до 0,5 л

до 1 л

+до 1,5 л

до 2 л

кровопотеря незначительная

При обезболивании места перелома диафиза бедра в гематому вводится новокаин в дозе

+1% - 50 мл

10% - 10 мл

5% - 10 мл

1% - 20 мл

0.5% - 20 мл

Транспортная шина при переломах костей голени фиксирует тазобедренный, коленный и голеностопный суставы

коленный и голеностопный суставы

+конечность от средней трети бедра до пальцев стопы

транспортная иммобилизация не требуется

костные отломки

При травматическом гемартрозе коленного сустава наблюдается

деформация сустава

боли в суставе

ограничения функции сустава

симптом "баллотирования" надколенника

+верно все перечисленное

Для перелома надколенника характерны все перечисленные признаки, за исключением

невозможности поднять вытянутую ногу при внешнем сопротивлении

+невозможности поднять согнутую в колене ногу

расхождения отломков надколенника при пальпации

гемартроза

боли в области колена

Перелом пяточной кости может вызываться

+падением на выпрямленные ноги с высоты

чрезмерным переразгибанием стопы

подвертыванием стопы кнаружи

всем перечисленным

ничем из перечисленного

При переломах в области голеностопного сустава лестничную шину наиболее оптимально наложить следующим образом

+одну сзади до колена, другую U-образным способом

достаточно наложить заднюю шину

достаточно наложить U-образную шину

верно все перечисленное

все перечисленное неверно

Основным механизмом развития вывиха пальцев стопы является

+ удар пальцем по неподвижному твердому предмету

падение груза на стопу

подворачивание ноги в голеностопном суставе

падение с высоты на пятки

все перечисленное

Объем кровопотери при изолированных переломах костей таза достигает

+до 1 л

1,5-2 л

более 5 л

кровопотеря незначительная

до 3 л

Объем кровопотери при переломах костей таза с повреждением внутренних органов может достигать

до 1 л

1,5-2 л

+более 3 л

кровопотеря незначительная

до 0,5 л

При переломах костей таза на догоспитальном этапе проводится

новокаиновые блокады

в/в введение анальгетиков

инфузионная терапия

транспортировка на щите в позе “лягушки”

+все перечисленное

Транспортировка пострадавших с подозрением на перелом поясничного отдела позвоночника осуществляется

+на жестких носилках или щите

только в сидячем положении

в полусидячем положении с валиком под плечами

на обычных носилках

больные не транспортабельны

"Хлыстовой" перелом шейного отдела позвоночника возникает

при падении тяжести на голову

при падении с высоты на ноги

при прямом ударе по позвоночнику

+при резком внезапном изменении скорости автомобиля

при нырянии в воду

Наиболее опасными осложнениями при переломе шейного отдела позвоночника являются

нарушение зрения вследствие нарушения кровотока по позвоночным артериям

головокружения и головные боли

+повреждение шейного отдела спинного мозга

рвота

повреждение магистральных сосудов шеи

Пострадавшему после падения с высоты или ныряния в воду врач скорой помощи в первую очередь должен

при отсутствии дыхания выполнить тройной прием Сафара

при нарушениях дыхания произвести интубацию трахеи

+фиксировать шейный отдел позвоночника с помощью шины-воротника

начать инфузионную терапию

все перечисленное неверно

При нахождении пострадавшего в аварии в салоне автотранспорта врач скорой медицинской помощи в первую очередь должен

+фиксировать шейный отдел позвоночника с помощью шины-воротника

обезболить пострадавшего

извлечь пострадавшего из поврежденного автомобиля для возможности диагностики повреждений и их адекватной коррекции

начать инфузионную терапию

все перечисленное неверно

Больной с подозрением на перелом в шейном отделе позвоночника должен транспортироваться

в сидячем положении

в положении на боку

на спине с запрокинутой головой

на спине с головой, приведенной к груди

+на спине с наложенной шиной-воротником

При падении больного чаще всего ломаются ребра

I-III

IV-VI

+VI-IX

IX-XII

все перечисленные

При неосложненном переломе ребер на догоспитальном этапе показано

блокада области перелома

в/в обезболивание

придание пострадавшему возвышенного положения

по показаниям, оксигенотерапия

+ все перечисленное

Основным признаком двойного перелома ребер считается

+ парадоксальные дыхательные движения в месте травмы

отставание дыхания травмированной половины грудной клетки

крепитация костных отломков

нарастающая подкожная эмфизема

отсутствие дыхания в прикорневой зоне

Множественные переломы ребер у пострадавшего в коме можно диагностировать по следующим признакам

нарастающая подкожная эмфизема

тахикардия, бледность кожных покровов

локальная боль, увеличивающаяся при осевой нагрузке

+ костная крепитация, деформация грудной клетки

парадоксальное дыхание

Тактика врача скорой помощи при переломе грудины

новокаиновая блокада (1% - 15 мл) места перелома или загрудинная блокада

по показаниям в/в введение анальгетиков

госпитализация

ЭКГ-диагностика возможного ушиба сердца

+ верно все перечисленное

Для сотрясения головного мозга нехарактерно

эпизод потери сознания

ретроградная амнезия

головная боль, тошнота, рвота

+ очаговая симптоматика (гемипарезы, гемианестезии, поражение черепномозговых нервов)

вегето-сосудистые нарушения

В отличие от сотрясения при ушибе головного мозга наблюдается

потеря сознания

+ очаговая симптоматика (гемипарезы, поражение черепномозговых нервов, ...)

сильная головная боль

рвота

нистагм

Основным диагностическим признаком внутричерепной гематомы является

прогрессирующая головная боль

кома

+ анизокория

нарушения дыхания

все перечисленное

Для остановки наружного кровотечения из артерий головы на догоспитальном этапе наиболее эффективно

давящая повязка

биологическая тампонада

внутривенное введение викасола

+наложение зажима на сосуд в ране

повязка Гиппократ

