

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«САЯНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

Саянск

2018

Фонд оценочных средств разработан на основании:

- Федерального закона №273 – ФЗ от 29.12.2012г «Об образовании в Российской Федерации»;
- Положения об организации и осуществлении образовательной деятельности по дополнительным профессиональным образовательным программам.
- рабочей программы профессиональной переподготовки «Скорая и неотложная помощь»

СОДЕРЖАНИЕ

1	Пояснительная записка	4
2	Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации (зачет) по универсальному модулю 1 «Коммуникационное и информационное взаимодействие в профессиональной деятельности»	5
3	Вопросы для проведения промежуточной аттестации (дифференцированный зачет) по универсальному модулю 2 «Участие в обеспечении безопасной среды медицинской организации»	9
4	Банк тестовых заданий с эталонами ответов для проведения промежуточной аттестации (дифференцированный зачет) по специальному модулю 3 «Скорая и неотложная помощь»	11
5	Вопросы для проведения итоговой аттестации (экзамен) по дополнительной профессиональной образовательной программы профессиональной переподготовки «Скорая и неотложная помощь»	42

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Фонд оценочных средств является частью дополнительной профессиональной образовательной программы профессиональной переподготовки «Скорая и неотложная помощь».

ФОС предназначен для проведения промежуточной и итоговой аттестации слушателей.

Программа профессиональной переподготовки включает в себя следующие модули:

- Модуль №1 (универсальный) – Коммуникационное и информационное взаимодействие в профессиональной деятельности.

- Модуль №2 (универсальный) – Участие в обеспечении безопасной среды медицинской организации.

- Модуль №3 (специальный) Скорая и неотложная помощь

Освоение каждого модуля заканчивается промежуточной аттестацией слушателей, которая проходит в виде зачета и дифференцированных зачетов в форме тестирования и собеседования по билетам.

Критерии оценки результатов тестирования

90%-100%- оценка 5 «отлично»;

80 %-89%- оценка 4 «хорошо»;

70%-79%- оценка 3 «удовлетворительно»;

69 и ниже - оценка 2 «неудовлетворительно».

Критерии оценки устного ответа

Отметки 5 - «отлично» заслуживает слушатель, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные рабочей программой, усвоивший основную учебную литературу и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой.

Отметки 4 - «хорошо» заслуживает слушатель, обнаруживший полное знание программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе.

Отметки 3 - «удовлетворительно» заслуживает слушатель, обнаруживший знание основного программного материала в объеме, необходимом для дальнейшего обучения, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой.

Отметка 2 - «неудовлетворительно» выставляется слушателю, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации (зачет) по универсальному модулю 1 «Коммуникационное и информационное взаимодействие в профессиональной деятельности»

Выберите один правильный ответ.

1. К деонтологическому принципу работы медицинского работника относят:
 - А) акцентирование внимания на себе
 - Б) сверхточность выполнения обязанностей
 - В) уважать права пациента
2. Совокупность норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении им своих профессиональных обязанностей называется:
 - А) психология
 - Б) стандарты поведения
 - В) деонтология
3. Медицинская деонтология – это:
 - А) самостоятельная наука о долге медицинских работников;
 - Б) прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики.
4. Понятие "медицинская этика" включает в себя понятие "медицинская деонтология":
 - А) да;
 - Б) нет.
5. Понятие "медицинская этика" включает в себя:
 - А) форму общественного сознания и систему социальной регуляции деятельности медицинских работников;
 - Б) форму правовой регуляции деятельности медицинских работников.
6. Понятие "медицинская деонтология" включает в себя:
 - А) учение о долге (должном) в деятельности медицинских работников;
 - Б) представления об условиях оптимальной деятельности медицинских работников.
7. К сфере каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии?
 - А) взаимоотношения врача и пациента;
 - Б) взаимоотношения врача и родственников пациента;
 - В) взаимоотношения в медицинском коллективе;
 - Г) взаимоотношения медицинских работников и общества;
 - Д) все названное.
8. Столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, явлений или взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия, называется:
 - А) конфликтом;
 - Б) конкуренцией;
 - В) соревнованием.
9. Феномен, при котором первое общее положительное впечатление о неизвестном человеке приводит к его переоценке
 - А) эффект Ореола
 - Б) эмпатия
 - В) самоподача
 - Г) рефлексия
10. Средства общения, использующие только речь, язык, звуки
 - А) формальное
 - Б) неформальное
 - В) вербальное
 - Г) невербальное

11. На какой фазе конфликта возможности разрешения конфликта самые высокие:
- А) начальной фазе;
 - Б) фазе подъема;
 - В) пике конфликта;
 - Г) фазе спада
12. Стратегия взаимодействия, где максимально достигаются цели обеих сторон
- А) избегание
 - Б) противодействие
 - В) сотрудничество
13. Агрессия при помощи слов
- А) негативизм
 - Б) раздражение
 - В) вербальная агрессия
14. Конфликты, способствующие принятию обоснованных решений и развитию взаимодействий, называются:
- А) конструктивными;
 - Б) деструктивными;
 - В) реалистическими.
15. Планомерное использование психического воздействия с лечебными целями
- А) психопрофилактика
 - Б) психогигиена
 - В) психотерапия
16. Осложнение заболевания, обусловленное неосторожными высказываниями или действиями медицинского работника, оказавшими на больного отрицательное влияние
- А) соматогения
 - Б) психогения
 - В) ятрогения
17. Умение поставить себя на место другого человека, вчувствоваться в его мир переживаний
- А) рефлексия
 - Б) эмпатия
 - В) самооценка
18. Стресс, сопровождающий любой конфликт, накладывает отпечаток на его протекание. Это суждение:
- А) не верно
 - Б) верно
 - В) отчасти верно
19. Первая стадия стресса
- А) адаптация
 - Б) тревога
 - В) истощение
 - Г) резистентность
20. Стратегия взаимодействия, при которой человек ориентирован на свои цели, не обращая внимание на цели другого
- А) противодействие
 - Б) избегание
 - В) компромисс
21. Информационная система – это:
- А) взаимосвязанная совокупность средств, методов и персонала, участвующих в обработке информации
 - Б) взаимосвязанная совокупность средств, методов и персонала, участвующих в обработке информации и объединенная общей территорией

В) взаимосвязанная совокупность средств, методов и персонала, участвующих в обработке информации, работающих в сети Интернет

Г) взаимосвязанная совокупность средств, методов и персонала, работающих в одной организации

22. Укажите, кто несет ответственность за результат лечения, назначенного в ходе телемедицинской консультации

А) лечащий врач

Б) руководитель центра телемедицинских консультаций

В) консультант

Г) администратор сети

23. К телемедицинским технологиям относят:

А) искусственный интеллект

В) телеметрию

Б) мобильную связь 4g

Г) 3d-принтеры

24. Что отличает замкнутую ИС от разомкнутой?

А) ограничение числа пользователей

Б) наличие обратной связи

В) расположение системы в замкнутом пространстве

Г) ограничение доступа к системе

25. Что не является примером замкнутой ИС?

А) система продажи билетов

Б) интернет-магазин

В) справочная служба аэропорта

Г) ни одна из перечисленных систем

26. Какого уровня МИС не существует?

А) базовый

В) территориальный

Б) континентальный

Г) федеральный

27. Основная цель МИС базового уровня:

А) поддержка работы врачей различных специальностей

Б) поддержка работы поликлиник

В) поддержка работы стационаров

Г) поддержка работы диспансеров

28. Электронный документооборот – это:

А) совокупность программных и аппаратных средств компьютера позволяющих работать с документами в электронном виде

Б) единый механизм движения документов, созданных с помощью компьютерных средств, как правило, подписанных электронной цифровой подписью, а также способ обработки этих документов с помощью различных электронных носителей

В) отправка документов по электронной почте

Г) работа с документами в сети Интернет

29. Автоматизированное рабочее место врача – это:

А) компьютерная информационная система, предназначенная для автоматизации всего технического процесса врача соответствующей специальности и обеспечивающая информационную поддержку при принятии диагностических и тактических врачебных решений

Б) рабочее место врача, оснащенное персональным компьютером

В) рабочее место врача, оснащенное персональным компьютером и Интернетом

Г) рабочее место врача, оснащенное техническими устройствами

30. В структуру информационного обеспечения АРМ врача не входит:

А) медицинские приборно-компьютерные системы

Б) системы автоматизированного проектирования

В) информационно-справочные системы

Г) консультационно-диагностические системы

Эталоны ответов

1. В
2. В
3. Б
4. А
5. А
6. А
7. Д
8. А
9. А
10. В
11. А
12. В
13. В
14. А
15. В
16. В
17. Б
18. Б
19. Б
20. А
21. А
22. А
23. В
24. Б
25. В
26. Б
27. А
28. Б
29. А
30. Б

**Вопросы для проведения промежуточной аттестации
(дифференцированный зачет) по универсальному модулю 2 «Участие в
обеспечении безопасной среды медицинской организации»**

1. Стерилизация растворами химических средств. Требования, предъявляемые к стерилизации химическими растворами. Режимы. Кратность использования стерилизанта.
2. Устойчивость ВИЧ во внешней среде.
3. Перечислить разрешенные к применению в установленном порядке, синтетические моющие средства для обработки изделий медицинского назначения.
4. Правила доставки крови в лабораторию СПИД – диагностики.
5. Химические методы дезинфекции. Требования, предъявляемые к этому методу. Щадящие режимы.
6. Правила безопасности медработников и предупреждение профессиональных заражений при уходе за ВИЧ – инфицированными пациентами.
7. Дезинфекция. Понятие, методы и способы дезинфекции.
8. В какие периоды от момента заражения ВИЧ до терминальной стадии СПИД могут быть отрицательные тесты на ИФА?
9. Пути заражения ВИЧ/СПИДа.
10. Классификация ВИЧ/СПИДа (В.И. Покровского). Первые клинические проявления после периода инкубации.
11. Стерилизация, понятие. Методы. Сроки сохранения стерильности при различных методах стерилизации (в упаковке, без упаковки).
12. Факторы передачи ВИЧ-инфекции через медицинские манипуляции.
13. Этапы очистки изделий медицинского назначения при использовании $0,5 \text{ H}_2\text{O}_2 + 0,5 \text{ СМС}$.
14. Тактика медработника при загрязнении рук кровью и другими биологическими жидкостями.
15. Внутрибольничные инфекции, понятие. Источники ВБИ.
16. Диспансеризация ВИЧ – инфицированных. Задача «Д» наблюдения. Кто организует?
17. Меры предосторожности при работе с дезинфицирующими средствами.
18. Что называется «периодом окна»? Длительность этого периода.
19. Наиболее частые жалобы ВИЧ – инфекционных.
20. Контроль качества предстерилизационной очистки (на скрытую кровь, наличие остатков щелочных компонентов).
21. Тактика медработника при повреждении кожных покровов.
22. Причины, обуславливающие возникновение ВБИ. Сан – эпид. режим в ЛПУ.
23. К какой группе инфекций относят ВИЧ/СПИД (по степени опасности и путям передачи)?
24. Понятие и правила асептики.
25. Перечень необходимых средств в аптечке первой медицинской помощи ВИЧ/СПИДе.
26. Правила безопасности медсестры на рабочем месте.
27. Меры, направленные на предупреждение заражения ВИЧ через кровь.
28. Пути передачи ВБИ.
29. Какие инфекции называются оппортунистическими, какие причины обуславливают их возникновение?
30. Значение внешней среды в формировании ВБИ. Резервуары ВБИ в ЛПУ. Мероприятия по их предупреждению.
31. Причины, обуславливающие оппортунистические инфекции. Наиболее часто встречающиеся инфекции.
32. Этапы обработки изделий многоразового медицинского назначения.

33. Какой материал исследуется на ВИЧ в ЛПУ?
34. Определение антисептики. Правила применения кожных антисептиков при проведении инъекций.
35. Опасен ли ВИЧ - инфицированный для окружающих в быту, общественном транспорте, коллективе?
36. Воздушный метод стерилизации. Режимы. Контроль эффективности стерилизации с помощью тест индикаторов.
37. Источники ВИЧ-инфекции.
38. Классификация отходов образующихся в ЛПУ.
39. Правила доставки крови в лабораторию СПИД – диагностики.
40. Моющие средства, применяемые для предстерилизационной очистки ИМН, концентрации, кратность использования растворов.
41. Тактика медработника при попадании крови и других биологических жидкостей в глаза.
42. Гигиеническое мытье рук. Способы.
43. Лабораторные методы, используемые в диагностике ВИЧ/СПИДа в практическом здравоохранении.
44. Гигиеническая дезинфекция рук.
45. В чем заключается причина иммунодефицитного состояния при СПИДе?
46. Требования, предъявляемые к дезинфекции изделий одноразового назначения. Режимы.
47. Тактика медработника при попадании крови и других биологических жидкостей в рот.
48. Химическая очистка изделий медицинского назначения. Частота применения метода химической очистки. Режимы.
49. Факторы передачи ВИЧ-инфекции в быту, косметических салонах, парикмахерских.
50. Паровой метод стерилизации. Режимы. Контроль эффективности стерилизации с помощью тест - индикаторов при режиме 132°, 120°.
51. Пути заражения ВИЧ/СПИДа.
52. Режимы дезинфекции изделий медицинского назначения при туберкулезе, дерматофитах (Экотаб- актив, новодез-форте, хлорактив).
53. Тактика медработника при попадании крови и других биологических жидкостей в нос.
54. Меры предосторожности при работе с дезинфекционными средствами.
55. Механизмы и пути передачи ВБИ.
56. Основные мероприятия по профилактике профессиональных заражений.
57. Группы риска ВБИ.
58. Группы риска ВИЧ -инфекции.
59. Назвать современные дезинфицирующие средства.
60. Требования к личной гигиене и медицинской одежде персонала.

Банк тестовых заданий с эталонами ответов для проведения промежуточной аттестации (дифференцированный зачет) по специальному модулю 3 «Скорая и неотложная помощь»

- #Служба скорой медицинской помощи предназначена для:
 - \$ Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи всебольным и пострадавшим
 - \$ Оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений
 - ^ Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений
- # Выезд на экстренный вызов считается своевременным, если он осуществлен не позднее:
 - \$ Двух минут после поступления вызова
 - ^ Четырех минут после поступления вызова
 - \$ Десяти минут после поступления вызова
 - \$ Двадцати минут после поступления вызова
- # Больные и пострадавшие, доставленные бригадой скорой медицинской помощи должны быть осмотрены в приемном отделении ЛПУ не позднее:
 - \$ Пяти минут после доставки
 - ^ Десяти минут после доставки
 - \$ Двадцати минут после доставки
 - \$ Тридцати минут после доставки
 - \$ Сорока пяти минут после доставки
- # При определении границ зоны обслуживания подстанциями скорой медицинской помощи в первую очередь учитывается:
 - \$ Численность населения
 - \$ Плотность населения
 - \$ Количество предприятий и объектов социально-культурного назначения
 - ^ Протяженность и состояние дорог ведущих к объектам, расположенным на границе зоны обслуживания
- # Нормой транспортной доступности для подстанции скорой помощи считается:
 - \$ 5 минут
 - \$ 10 минут
 - \$ 15 минут
 - ^ 20 минут
 - \$ 25 минут
- # Находящаяся в пути следования бригада скорой помощи, встретившись на улице с несчастным случаем, обязана остановиться:
 - \$ Только если она следует на вызов
 - \$ Только если она следует с вызова без больного
 - ^ Всегда
- # Выездная бригада после выполнения вызова возвратиться на подстанцию без разрешения диспетчера:
 - \$ Может
 - ^ Не может
- # Санитарную обработку салона после перевозки инфекционного больного проводит:
 - \$ Выездной фельдшер
 - \$ Санитар подстанции скорой помощи после возвращения бригады с вызова
 - ^ Санитар приемного отделения, в которое был доставлен больной
- #Резанация - это:
 - \$Наука, изучающая методы восстановления жизни

- ^Практические действия, направленные на восстановления дыхания и кровообращения у больных в терминальных состояниях
- \$Специальная бригада скорой помощи
- # Максимальная продолжительность клинической смерти при обычных условиях внешней среды составляет:
 - \$ 2-3 минуты
 - \$ 4-5 минут
 - ^ 5-6 минут
 - \$ 6-8 минут
- # Основными признаками клинической смерти являются:
 - \$ Нитевидный пульс на сонной артерии
 - ^Расширение зрачков, Отсутствие пульса на сонной артерии
 - \$ Отсутствие пульса на лучевой артерии
- #Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:
 - \$ Асистолия
 - ^ Фибрилляция желудочков
 - \$ Полная атриовентрикулярная блокада
 - \$ Экстремальная синусовая брадикардия
- # Противопоказаниями для проведения сердечно-легочной реанимации являются:
 - \$ Старческий возраст
 - ^ Травмы не совместимые с жизнью, Заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития
 - \$ Алкоголизм, психические заболевания
- #Показаниями для сердечно-легочной реанимации являются:
 - \$ Только клиническая смерть
 - \$ АГОНИЯ и предагональное состояние
 - ^ Все внезапно развившиеся терминальные состояния
 - \$ Клиническая смерть и биологическая смерть
- # К ранним признакам биологической смерти относятся:
 - \$ Расширенные зрачки, не реагирующие на свет зрачки
 - \$ Трупные пятна
 - \$ Окоченение мышц
 - ^ Помутнение роговицы, Деформация зрачка
- #Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:
 - \$ Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
 - \$ Выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
 - ^ Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта
- # Запрокидывание головы больного при введении воздуховода требуется:
 - ^ Да
 - \$ Нет
- # Объем вдыхаемого воздуха при проведении ИВЛ взрослому человеку должен быть:
 - \$ 400 - 500 мл
 - \$ 600 - 800 мл
 - ^800 - 1000 МЛ
 - \$ 1000 - 1500 МЛ
- # Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при СЛР, проводимой 1 реаниматором должно быть:
 - \$ 1 вдох : 5-6 компрессий
 - \$ 1-2 вдоха : 6-8 компрессий
 - \$ 2 вдоха : 10 компрессий
 - ^ 2 вдоха : 12-15 компрессий

- # Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при реанимации, проводимой 2 реаниматорами должно быть:
 - ^ 1 вдох : 5-6 компрессий
 - \$ 1 вдох : 3-4 компрессии
 - \$ 1-2 вдоха : 6-8 компрессий
 - \$ 2 вдоха : 12-15 компрессий
- # Критериями эффективности реанимации являются;
 - \$ Пульс на сонной артерии во время массажа
 - \$ Экскурсии грудной клетки
 - ^ Уменьшение бледности и цианоза, Сужение зрачков
- # Эффективная реанимация проводится:
 - \$ 5 минут
 - \$ 10 минут
 - \$ 30 минут
 - ^ До восстановления самостоятельной Сердечной деятельности
- # Неэффективная реанимация проводится:
 - \$ 5 минут
 - \$ 10 минут
 - ^ 30 минут
 - \$ До восстановления самостоятельной сердечной деятельности
- # Местом приложения усилий при непрямом массаже сердца взрослому человеку является:
 - \$ Верхняя треть грудины
 - \$ Средняя треть грудины
 - ^ Границы между средней и нижней третью грудины
 - \$ Нижняя треть грудины
- # Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:
 - \$ Всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
 - ^ Запястьями, не сгибая рук в локтях
 - \$ Запястьями, умеренно согнуть руки в локтях
- # Смещаемость грудины к позвоночнику при непрямом массаже сердца у взрослого человека должна быть:
 - &10
 - \$ 1,5 - 2 см
 - \$ 3-4 см
 - ^ 4-5 см
 - \$ 7-8 см
- #Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:
 - \$ До 0,5 мл 0,1 % раствора
 - ^ 0,5 - 1,0 мл 0,1% раствора
 - \$ 1,0 - 1,5 мл 0,1% раствора
- # Суммарная доза адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому человеку составляет:
 - \$ 2-3 мл 0,1% раствора
 - \$ 3-4 мл 0,1% раствора
 - ^ 5-6 мл 0,1% раствора
 - \$ 6-8 мл 0,1% раствора
- # Выберите неправильный ответ - Адреналин во время реанимации:
 - \$ Повышает возбудимость миокарда
 - ^ Может вызвать злокачественную тахикардию
 - \$ В дозе 0,1 мг рекомендуется для облегчения дефибрилляции
 - \$ При необходимости вводится повторно через 5 минут

- # Выберите неправильный ответ - Передозировка бикарбоната натрия может вызвать:
- \$ Алкалоз
- \$ Остановку сердца в фазу систолы ("каменное сердце")
- \$ Нарушение диссоциации оксигемоглобина
- \$ Повышение осмотического давления плазмы
- ^ Ацидоз
- # Перед проведением дефибрилляции необходимо:
- \$ Прекратить массаж на 1-2 минуты и внутрисердечно ввести адреналин
- \$ Провести дефибрилляцию сердца без предварительного массажа и ИВЛ
- ^ Добиться эффективности проводимой СЛР
- # Проводить дефибрилляцию при отсутствии признаков эффективности проводимой сердечно-легочной реанимации:
- \$ Можно
- ^ Нельзя
- #Фентанил относится:
- ^ К наркотическим анальгетикам
- \$ К ненаркотическим анальгетикам
- \$ К нейролептикам
- # Дроперидол относится:
- \$ К наркотическим анальгетикам
- \$ К ненаркотическим анальгетикам
- ^ К нейролептикам
- # Фентанил и дроперидол вводить в одном шприце:
- ^ Можно
- \$ Нельзя
- # Продолжительность действия фентанила при в/в вливании составляет:
- \$ 10 минут
- ^ 30 минут
- \$ 1 час
- \$ 2 часа
- # Продолжительность действия дроперидола при в/в вливании составляет:
- \$ 15 минут
- ^30 - 60 минут
- \$ 1, 5 часа
- \$ 2 часа
- # Противопоказанием для применения дроперидола является:
- \$ Высокое внутричерепное давление
- \$ Глаукома
- ^ Низкое АД
- \$ Все перечисленное верно
- # Максимальная концентрация закиси азота при закиснокислородном наркозе составляет:
- \$ 25%
- \$ 45%
- \$ 50-70%
- ^ 80%
- #Основным признаком коматозного состояния является :
- \$ Угнетение гемодинамики
- \$ Угнетение дыхания
- ^ Угнетение центральной нервной системы
- \$ Угнетение периферической нервной системы
- #Глубина коматозного состояния определяется:
- \$ По выраженности гемодинамических расстройств

- \$ По степени угнетения сознания
- ^ По степени угнетения рефлексов
- # Аспирационно-обтурационные нарушения дыхания могут развиваться при:
 - коме
 - \$ Глубокой коме
 - ^ Коме любой глубины
- # Угнетение дыхательного центра развивается у больных:
 - \$ С поверхностной комой
 - ^ С глубокой комой
- # Дыхательные analeптики (цититон, бемеград и др.) у больных с комами применяются:
 - \$ При поверхностной коме
 - \$ При глубокой коме
 - ^ Применение их у больных с комами не показано
- \$ При коме любой глубины
- # Можно ли больному с неустановленным характером комы ввести в/в глюкозу?
 - ^ Да
 - \$ Нет
- # Отсасывание слизи отсосом у больного в коматозном состоянии проводится в течении:
 - \$ 5-10 секунд
 - ^ Не более 15 секунд
 - \$ Не более 20 секунд
 - \$ 20-30 секунд
- @“Основы электрокардиографии”.
- # При правильном ритме ЧСС определяется по формуле:
 - \$ $R-R/60$
 - ^ $60 / R-R$
 - \$ $60 / P-P$
 - \$ $(R-R) \times 0,6$
- # Зубец P характеризует:
 - \$ Процессы деполяризации в правом предсердии
 - \$ Процессы деполяризации в левом предсердии
 - ^ Процессы деполяризации в правом и левом предсердии
- \$ Процессы деполяризации в желудочках
- # Интервал PQ характеризует:
 - \$ Проведение импульса по предсердиям
 - ^ Проведение импульса по атриовентрикулярному узлу
- \$ Проведение импульса по желудочкам
- # Продолжительность PQ в норме:
 - \$ 0,18 - 0,26 секунд
 - ^ 0,12 - 0,20 секунд
 - \$ 0,06 - 0,1 секунд
- # Зубец QRS характеризует:
 - \$ Проведение возбуждения по предсердиям
 - ^ Проведение возбуждения по желудочкам
- \$ Выход желудочков из возбуждения
- # Продолжительность QRS составляет:
 - ^ 0,06 - 0,1 секунд
 - \$ 0,6 - 0,1 секунд
 - \$ 0,06 - 0,12 секунд
- # При нормальном положении электрической оси сердца
 - \$ $R II > R III > R I$
 - ^ $R II > R I > R III$

\$ R I > R II > R III

В нормальной ЭКГ: ОТВЕТЫ :

^ R V4 > R V5 > R V6

\$ R V6 > R V5 > R V4

\$ R V6-R V5 > R V4

Для записи отведения VI активный электрод располагают:

^ В IV межреберье по правому краю грудины

\$ В IV межреберье по левому краю грудины

\$ В V межреберье по левой среднеключичной линии

При записи ЭКГ со скоростью 50 мм в секунду 1 мм на бумажной ленте соответствует времени:

\$ 0,2 секунды

\$ 0,1 секунда

^ 0,02 секунды

\$ 0,05 секунды

Для записи отведения V3 активный электрод располагают:

\$ В IV межреберье по правому краю грудины

\$ В V межреберье по левой среднеключичной линии

^ Между II и IV позициями

Для записи отведения V4 активный электрод располагают:

\$ В IV межреберье по среднеключичной линии

\$ В V межреберье у левого края грудины

^ В V межреберье по среднеключичной линии

Для записи отведения V5 активный электрод располагают:

^ По переднеподмышечной линии на уровне V4

\$ По среднеподмышечной линии на уровне V4

\$ По заднеподмышечной линии на уровне V4

Для записи отведения V6 активный электрод располагают:

&10

\$ По переднеподмышечной линии на уровне V4

^ По среднеподмышечной линии на уровне V4

\$ По заднеподмышечной линии на уровне V4

Необходимо ли заземление, если Ваш ЭКГ-аппарат работает от аккумулятора?

&10

\$ Да

^ Нет

Нужно ли отключать ЭКГ-аппарат от сети при замене бумаги?

&10

^ Да

\$ Нет

@ «ИБС, Стенокардия».

#Симптом не характерный для типичного приступа стенокардии:

&10

\$ Загрудинная локализация боли

\$ Иррадиация боли

\$ Сжимающий или жгучий характер боли

^ Продолжительность боли в течение 3-4 секунды

\$Эффект от приема нитроглицерина

Впервые возникшая стенокардия напряжения диагностируется при длительности заболевания:

&10

\$ Не более 1 недели

- ^ Не более 1 месяца
- \$ Не более 3-х месяцев
- # Показание для экстренной госпитализации являются:
- &10
- \$ Стенокардия напряжения впервые возникшая
- \$ Стенокардия принца-Металла
- \$ Стенокардия напряжения прогрессирующая
- ^ Все перечисленное
- #Эффект нитроглицерина при приступе стенокардии обусловлен;
- &10
- \$ Расширением коронарных артерий
- \$ Расширением коллатеральных ветвей коронарных артерий
- \$ Расширением периферических сосудов большого круга кровообращения
- ^ Все перечисленное
- # Для лечения стенокардии напряжения применяются:
- &10
- \$ Нитроглицерин
- \$ Антагонисты ионов кальция
- \$ Бета-блокаторы
- ^ Все перечисленное
- # Эффект Бета-блокаторов при приступе стенокардии обусловлен:
- &10
- \$ Расширением коронарных сосудов
- \$ Расширением периферических сосудов и снижением сердечного выброса
- ^ Урежением сердечного ритма и снижением минутного объема кровообращения
- @ “ИБС. Инфаркт миокарда”.
- #Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:
- &10
- \$ Артериальная гипотония
- \$ Артериальная гипертензия
- \$ Нарушение ритма сердца
- ^ Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- \$Холодный пот
- # Для абдоминальной формы инфаркта миокарда характерны:
- &10
- \$ Боли за грудиной, иррадирующие в плечо и эпигастральную область
- ^Острые боли в животе, часто с тошнотой, иногда с рвотой, резкая слабость
- \$ Острые боли в животе, "доскообразное" напряжение мышц живота, положительные симптомы раздражения брюшины
- # При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:
- &10
- \$ Синусовая брадикардия
- \$ Мерцательная аритмия
- ^ Желудочковая экстрасистолия
- \$ Фибрилляция желудочков
- # Желудочковые экстрасистолы у больного с острым инфарктом миокарда могут осложниться:
- &10
- \$ Фибрилляцией предсердий
- ^ Фибрилляцией желудочков
- \$ Полной атриовентрикулярной блокадой
- \$ Асистолией

При остром инфаркте миокарда для профилактики жизнеопасных аритмий применяется:
&10
\$ Новокаиномид 10% 2,0 в/м
\$ Изоптин 40 мг в/м
\$ Лидокаин 2% 4,0 в/в
^ Лидокаин 10% 2,0 в/м

При умеренном повышении АД у больного с острым инфарктом миокарда на высоте болевого синдрома показано:
&10
\$ Папаверин в/м
\$ Дибазол в/м
\$ Дибазол в/в
\$ Клофелин в/в
^ Обезболивание

При неосложненном остром инфаркте миокарда необходимо:
&10
\$ Нитроглицерин, в/в анальгин 50 % 2,0, ингаляция кислорода, вызов кардиологической бригады или транспортировка
\$ Нитроглицерин, кислород, вызов кардиологической бригады
^ Нитроглицерин, нейролептаналгезия, закисно-кислородный наркоз, лидокаин в/м, вызов кардиол. бригады или транспортировка на носилках
@ «ЭКГ при ишемической болезни сердца».

Основным ЭКГ -признаком некроза сердечной мышцы является
&10
\$ Снижение сегмента ST
\$ Подъем сегмента ST
\$ Уменьшение зубца R
^ Широкий и глубокий зубец Q
\$ Отрицательный зубец T
Признаком крупноочагового инфаркта миокарда является:
&10
\$ (-) T в грудных отведениях
^ Положительный Q, ST выше изолинии, отрицательный T
\$ Отрицательный Q, ST выше изолинии, (-) T
\$ (-)T во всех отведениях
Признаком острейшей стадии инфаркта миокарда является
&10
\$ (-)T в грудных отведениях
^ Высокий остроконечный T
\$ Монофазная кривая
\$ Q патологический
@ “Нарушения сердечного ритма”.

Клиническим проявлением внезапно развившейся полной атриовентрикулярной блокады является:
&10
\$ Внезапная смерть
\$ Коллапс
^ Приступ Морганьи-Адамс-Стокса
\$ Синдром Вольф-Паркинсон-Уайта
Первоочередным мероприятием у больного с полной атриовентрикулярной блокады в разгар приступа является:
&10

- \$ В/м введение атропина
- ^ Непрямой массаж сердца
- \$В/в введение алопента
- #Пароксизмальная желудочковая тахикардия:
- &10
- \$ Встречается так же часто, как и наджелудочковая тахикардия
- \$ Ощущается больным в виде приступа сердцебиения и не сопровождается болью
- \$ Не снижает гемодинамические показатели
- ^ обычно не превышает 180 в минуту
- \$Никогда не осложняется фибрилляцией желудочков
- #Препаратом выбора для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии является:
- &10
- \$ Изоптин
- \$ Строфантин
- ^ Лидокаин
- \$ Панангин
- #Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия:
- &10
- \$ Начинается внезапно
- \$ ЧСС часто > 180 в минуту
- ^ Осложняется коллапсом
- \$ Проявляются острыми сжимающими болями за грудиной
- #Препаратом выбора для купирования приступа наджелудочковой тахикардии с чсс > 180 в минуту является:
- &10
- ^ Новокаиномид
- \$ Лидокаин
- \$ Анаприлин
- # Сочетать бета-блокаторы и антагонисты ионов кальция при парентеральном введении препаратов:
- &10
- \$Можно
- ^ Нельзя
- @ “ЭКГ при нарушениях ритма”.
- #Номотопным водителем ритма является:
- &10
- ^ Синусовый узел
- \$ Атриовентрикулярный узел
- \$ Ножки пучка Гиса
- \$ Предсердия
- #Ранними экстрасистолиями называются экстрасистолы:
- &10
- \$ Возникающие после зубца Р
- \$ Вставляющиеся в нормальное расстояние RR
- ^ Наслаивающиеся на Т
- #Для желудочковой экстрасистолы характерны следующие признаки:
- &10
- \$ (+) Р, QRS уширен
- \$ (-) Р, QRS уширен
- ^ Р отсутствует, QRS уширен
- \$ Р отсутствует, QRS обычной формы

ЭКГ-признаки предсердной экстрасистолы:
&10
\$ P отсутствует, QRS обычной формы
\$ P обычный, укороченный интервал RR
^ P деформирован, QRS обычной формы
\$ P отсутствует, QRS уширен
При aV блокаде II ст. на ЭКГ будет:
&10
\$ Удлинение интервала PQ
\$ Интервал QRS > 0,1 секунд
\$ На ЭКГ 2 ритма
^ Периодическое выпадение комплекса QRS
\$Расширение QRS
При aV блокаде III ст. на ЭКГ будет:
&10
\$ Уширение зубца P
\$ Удлинение интервала PQ
\$ Расширение QRS
^ 2 ритма
\$Различное расстояние RR
@ “Острая сердечная недостаточность”.
#Острая левожелудочковая недостаточность может быть осложнением:
&10
\$ Гипертонического криза
\$ Острого инфаркта миокарда
\$ Хронической недостаточности кровообращения
^ Все перечисленное
#Наложение венозных жгутов в комплексе лечения острой левожелудочковой недостаточности показано:
&10
\$ Всегда
\$ При низком АД
^ При высоком и нормальном АД
\$ Никогда
Применение сердечных гликозидов в комплексе лечения острой левожелудочковой недостаточности показано:
&10
\$ Всегда
\$ При ОСН, развившейся на фоне инфаркта миокарда
\$ При ОСН, развившейся на фоне гипертонического криза
^ При ОСН, развившейся на фоне хронической недостаточности кровообращения
\$ Никогда
Применение лазикса в комплексе лечения острой левожелудочковой недостаточности показано:
&10
\$ Всегда
^ При высоком и нормальном АД
\$ При низком АД
\$ Никогда
Применение преднизолона в комплексном лечении острой левожелудочковой недостаточности основано на:
&10

- \$ Увеличение возврата венозной крови к сердцу и повышении сердечного выброса.
- ^ Уменьшении проницаемости сосудистой стенки и противоотечном действии
- \$ Повышение чувствительности к катехоламинам и бронхолитическом действии
- # Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:
 - &10
 - \$ Отек легких на фоне инфаркта
 - \$ Отек легких на фоне гипертонического криза
 - \$ Отек легких на фоне порока сердца
 - ^ Отек легких у больных старческого возраста
 - # Оптимальное положение для больного с отеком легких:
 - &10
 - \$ Лежа с приподнятым головным концом
 - \$ Лежа с приподнятым ножным концом
 - ^ Сидя и полусидя
 - # Критерием транспортабельности больных с отеком легких не является
 - &10
 - \$ Уменьшение акроцианоза и одышки
 - \$ Исчезновение влажных хрипов по передней поверхности грудной клетки и возможность принять горизонтальное положение
 - ^ Полное исчезновение влажных хрипов и одышки
 - @ “Тромбоэмболия легочной артерии”.
 - # При тромбоэмболии легочной артерии развивается:
 - &10
 - \$ Острая левожелудочковая недостаточность
 - ^ Острая правожелудочковая недостаточность
 - # Для раннего периода тромбоэмболии легочной артерии характерны:
 - &10
 - \$ Боль в груди
 - \$ Одышка
 - \$ Резкая слабость
 - ^ Все перечисленное
 - # Для клиники острой правожелудочковой недостаточности характерны:
 - &10
 - ^ Все перечисленное
 - \$ Увеличение печени
 - \$ Набухание шейных вен
 - \$ Расширение границ сердца вправо
 - \$ Акцент II тона над легочной аортой
 - # В первую очередь дифференциальный диагноз при тромбоэмболии легочной артерии нужно проводить:
 - &10
 - \$ Со спонтанным пневмотораксом
 - \$ С крупозной пневмонией
 - ^ С острым инфарктом миокарда
 - # Больной с тромбоэмболией легочной артерии транспортируется:
 - &10
 - \$ В полусидячем положении
 - \$ В строго горизонтальном положении
 - ^ В горизонтальном положении со слегка приподнятым головным концом
 - \$ В горизонтальном положении с приподнятым ножным концом
 - @ “Бронхиальная астма”.
 - # Ведущим симптомом бронхиальной астмы является:

- &10
- \$ Постоянная одышка
- \$ Приступообразная одышка
- \$ Вынужденное положение больного во время приступа
- ^ Приступы одышки с удлинненным выдохом
- \$ "Бочкообразная" грудная клетка
- # Для клиники развивающегося астматического состояния характерны:
- &10
- \$ Повторные затяжные приступы удушья у больного бронхиальной астмой:
- \$ Неотхождение мокроты после приступа
- \$ Низкая эффективность привычных бронхолитиков
- \$ Снижение диуреза
- ^ Все перечисленное
- # Абсолютным признаком развившегося астматического состояния является:
- &10
- \$ Одышка с удлинненным выдохом
- \$ Дистанционные сухие хрипы
- \$ Вынужденное положение больного
- ^ Участки немого легкого при аускультации
- # При лечении астматического состояния необходимо:
- &10
- \$ Инфузионная терапия
- \$ Ингаляция кислородовоздушной смеси
- \$ Ведение эуфилина
- \$ Введение кортикостероидов
- ^ Все перечисленное
- # При астматическом статусе необходимо:
- &10
- \$ Повторное введение адреномиметиков, эуфилина, преднизолонa, ингаляция кислорода
- ^ В/в эуфиллин 2,4% 10-15 мл, преднизолон 60 мг, инфузионная терапия 5% глюкозой, ингаляция кислорода
- \$ В/в эуфиллин 2,4 % 10,0 эфедрин 5 % 1,0, преднизолон 90 – 120 мг, инфузионная терапия
- # Концентрация кислорода во вдыхаемой смеси у больного с астматическим статусом должна быть:
- &10
- \$ 100 %
- \$ 50 - 75%
- \$ 30-50%
- ^ 20-30 %
- # Больным с аспириновой формой бронхиальной астмы противопоказан:
- &10
- \$ Эуфиллин
- ^ Теофедрин
- \$ Астмопент
- \$ Сальбутамол
- @ Острая пневмония. Грипп и другие вирусные инфекции.
- # Для крупозной пневмонии характерны:
- &10
- \$ Острое начало с высокой температурой
- \$ Плевральные боли на стороне поражения
- \$ Ржавая мокрота в первые дни заболевания

- ^ Все перечисленное
- # Крупозная пневмония может осложниться:
 - &10
 - \$ Инфекционнотоксическим шоком
 - \$ Коллапсом
 - \$ Отеком легкого
 - \$ Острой дыхательной недостаточностью
- ^ Все перечисленное
- # Ведущим симптомом инфекционного шока является:
 - &10
 - \$ Бледность кожи на фоне высокой температуры
 - \$ Заторможенность и вялость больного
- ^ Гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами
- \$ Гипотония, поддающихся лечению прессорным аминами
- # Для коллапса, развившегося у больного с крупозной пневмонией характерно:
 - &10
 - \$ Постепенное снижение АД на фоне высокой температуры и нарастающей интоксикации
- ^ Внезапное падение АД, часто спровоцированное переменной положения тела
- # При инфекционнотоксическом шоке у больного с крупозной пневмонией необходимо:
 - &10
 - \$ Ингаляция паров нашатырного спирта, п/к кофеин и кордиамин
- ^ В/в капельно норадреналин 0,2% 1,0 + физраствор 250 мл, в/в преднизалон 90-120 мг, 0,2
- \$ В/м сульфакамфокаин 2,0, анальгин 50 % 2,0 в/м, 02
- @ “Неотложные состояния при эндокринных заболеваниях”.
- # Для клинической картины инсулинозависимого сахарного диабета характерны:
 - &10
 - \$ Острое начало заболевания чаще в молодом возрасте
 - \$ Резкое снижение массы тела в начальном периоде болезни
 - \$ Возможность лечения таблетированными сахароснижающими препаратами
- ^ Все перечисленное
- # Для клинической картины инсулинонезависимого сахарного диабета характерны:
 - &10
 - \$ Начало постепенное чаще после 40 лет
 - \$ Масса тела в период, предшествующий началу заболевания обычно повышается
 - \$ Возможность лечения таблетированными сахароснижающими препаратами
- ^ Все перечисленное
- # При диабетической коме:
 - &10
 - \$ Кожа гиперемированная, сухая, зрачки расширенные, глазные яблоки твердые
 - ^ Кожа бледная, сухая, глазные яблоки размягчены, тургор кожи снижен
 - \$ Кожа цианотичная, сухая, глаза запавшие, тризм жевательной мускулатуры
- # Дыхание при диабетической коме:
 - &10
 - \$ Не нарушено
 - \$ Поверхностное, неритмичное
 - ^ Частое, глубокое
 - \$ Редкое, с длительным апноэ
- # При диабетической коме необходимо:
 - &10
 - \$ Туалет верхних дыхательных путей, ингаляция кислорода, полиглюкин в/в капельно

^ Туалет верхних дыхательных путей, ингаляция кислорода, физраствор в/в, гемодез, натрия бикарбонат
 \$ В/в инсулин 40 ЕД, ингаляция кислорода, в/в капельно физ. Раствор гемодез
 \$ В/в инсулин 20 ЕД + в/м инсулин 20 ЕД, гемодез, полиглюкин
 # При гипогликемической коме у больного:
 &10
 ^ Кожа обычного цвета .влажная, глазные яблоки твердые, тонус мышц повышен
 \$ Кожа бледная, покрыта холодным потом, тризм жевательной мускулатуры, глазные яблоки мягкие
 \$ Кожа гиперемированная, влажная, зрачки резко расширенны, тонус мышц снижен
 # При гипогликемической коме необходимо:
 &10
 \$ Туалет дыхательных путей, инсулин 20 ЕД в/м, глюкоза 40 % 20,0 в/в
 ^ Фракционное в/в ведение 40% глюкозы до 60 мл
 \$ Туалет дыхательных путей, транспортировка
 # Биологическое действие инсулина состоит:
 &10
 \$ В повышении проницаемости клеточных мембран для ионов K⁺, синтезе жиров
 ^ В повышении проницаемости клеточных мембран для глюкозы, синтез гликогена и жиров
 \$ В понижении проницаемости клеточных мембран для глюкозы, синтезе белков
 # Развитие гипогликемической комы наиболее вероятно:
 &10
 \$У больных недиагностированным инсулинозависимым типом диабета
 \$У больных с недиагностированным диабетом II типа
 ^У больных, получающих инсулин
 @ “Острые аллергические реакции”.
 #Максимальное время, в течении которого может развиваться анафилактический шок составляет:
 &10
 \$ 3 минуты после введения препарата
 \$ 10 минут после введения препарата
 \$ 30 минут после введения препарата
 ^ 1 час после введения препарата
 # Ведущим механизмом развития анафилактического шока является:
 &10
 \$Снижение сократительной способности миокарда
 ^ Расширение венозного отдела сосудистого русла
 \$ Уменьшение объема циркулирующей крови
 \$ Угнетение сосудодвигательного центра
 # Введение эуфиллина при анафилактическом шоке показано:
 &10
 \$ Всем больным
 \$ Больным с одышкой
 ^ Больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД
 \$ Больным с загрудинными болями, после стабилизации АД
 # Введение сердечных гликозидов при анафилактическом шоке показано:
 &10
 \$ Всем больным
 \$ Больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД
 ^ Больным с сохраняющейся тахикардией и респираторной одышкой, после стабилизации АД

- # Первоочередным мероприятием при анафилактическом шоке является:
 - &10
 - \$ Введение антигистаминных препаратов
 - \$ Наложение жгута
 - ^ В/в ведение преднизолона и адреналина
 - \$ П/к введение адреналина в место инъекции
 - @ “Острые сосудистые заболевания головного мозга”.
- # Асимметрия глазных щелей, анизокория, симптом "паруса" относятся:
 - &10
 - ^ К симптомам очагового поражения мозга
 - \$ К общемозговым неврологическим симптомам
 - \$ К симптомам раздражения мозговых оболочек
- # К симптомам раздражения мягкой мозговой оболочки относятся:
 - &10
 - \$ Симптом Керинга
 - \$ Симптом Брудзинского
 - ^ Все перечисленное
- # Для клиники геморрагического инсульта характерны:
 - &10
 - \$ Внезапное начало, часто на фоне высокого АД
 - \$ Гиперемия лица
 - \$ Повышение температуры
 - \$ Часто симптомы раздражения мозговых оболочек
 - ^ Все перечисленное
- # Для ишемического инсульта характерны:
 - &10
 - \$ Постепенное нарастание симптоматики в течение нескольких часов
 - \$ Преобладание очаговой симптоматики над общемозговой
 - \$ Чаще пожилой возраст больного
 - \$ Обычно пониженное АД
 - ^ Все перечисленное
 - @ “Острые хирургические заболевания органов брюшной полости”.
- # При острой кишечной непроходимости необходимо:
 - &10
 - \$ Очистительные клизмы
 - \$ Спазмолитики
 - \$ Газоотводная трубка
 - \$ Обезболивание
 - ^ Госпитализация в хирургическое отделение
- # Калькулезный холецистит может осложниться:
 - &10
 - \$ Перфорацией желчного пузыря
 - \$ Острым панкреатитом
 - \$ Механической желтухой
 - ^ Все перечисленное
- # Ведущим симптомом острой кишечной непроходимости является:
 - &10
 - \$ Острая "кинжальная" боль в животе
 - \$ Ноющая боль в животе
 - ^ Схваткообразные боли в животе
 - \$ Частый жидкий стул
- # Симптомы характерные для острой кишечной непроходимости:

- &10
- \$ Схваткообразные боли
- \$ Отсутствие стула и газов
- \$ Рвота
- ^ Все перечисленное
- # Отек правой нижней конечности может развиваться на фоне острого аппендицита вследствие:
- &10
- ^ Тромбоз подвздошных вен
- \$ Распространения воспалительного процесса на бедро
- \$ Вовлечения в воспалительный процесс подвздошно поясничной мышцы
- @ “Неотложные состояния при урологических заболеваниях”.
- # Тактика при впервые возникшей почечной колике:
- &10
- \$ Введение спазмолитиков и анальгетиков, активные наблюдения
- \$ Госпитализация в хирургическое отделение без введения медикаментов
- ^ Введение спазмолитиков и госпитализация в урологическое отделение
- # Ведущим симптомом почечной колики является:
- &10
- \$ Резь при мочеиспускании
- \$ Ноющие боли в пояснице
- \$ Частое мочеиспускание
- \$ Высокая температура
- ^ Приступнообразные острые боли
- # Симптомы характерные для острого пиелонефрита :
- &10
- \$ Лихорадка
- \$ Общая интоксикация
- \$ Дизурия
- ^ Все перечисленное
- @ “Кровотечения из органов желудочно-кишечного тракта”.
- # Мероприятия, показанные больным с острыми желудочно-кишечным кровотечением:
- &10
- \$ Холод на живот
- \$ Введение гемостатических препаратов
- \$ Срочная госпитализация
- ^ Все перечисленное
- # При наличии дегтеобразного стула в сочетании с увеличением печени и селезенки нужно заподозрить:
- &10
- \$ Кровотечение из язвы желудка или 12-перстной кишки
- \$ Неспецифический язвенный колит
- ^ Кровотечение из вен пищевода
- \$ Геморроидальное кровотечение
- # Лечение острой кровопотери начинают с переливания:
- &10
- \$ Эритроцитарной массы
- \$ Донорской крови
- ^ Кристаллоидных растворов
- \$ Коллоидных растворов
- # Для лечения гиповолемического шока в условиях скорой медицинской помощи используют:

&10
 \$ Кардиотонические средства
 \$ Вазопрессоры
 ^ Плазмозаменители
 \$ Эритроцитарную массу
 \$ Донорскую кровь
 @ “ Роды и их ведение вне специализированного учреждения”.
 # Обработка рук перед приемом родов на догоспитальном этапе заключается в:
 &10
 ^Обработка 70 градусным спиртом, Двухкратном намыливании под проточной водой
 \$Обработка 0 ,5 раствором хлорамина
 \$ Обработка спиртом с хлоргексидином
 # Каким размером пререзывается головка при родах в заднем виде затылочного предлежания?
 &10
 ^ Средний косой
 \$ Малый косой
 \$ Вертикальный
 \$ Прямой
 \$ Большой косой
 # Сколько можно ждать самостоятельного отделения и рождения последа при удовл. состоянии роженицы и отсутствии кровотечения?
 &10
 \$ 1 час
 \$ 2 часа
 \$ 30 минут- 1 час
 ^ 3 0 минут
 # Каким размером пререзывается головка при родах в лицевом предлежании?
 &10
 \$ Малый косой
 ^ Вертикальный
 \$ Прямой
 \$ Большой косой
 # Какая кровопотеря бывает при физиологических родах?
 &10
 ^ 0,5% от массы тела
 \$ 150-200 мл
 \$ 300-400мл
 \$ Не более 400 мл
 \$ 0,3% от массы тела
 # Каким размером пререзывается головка при родах в переднем виде затылочного предлежания?
 &10
 \$ Средний косой
 \$ Большой косой
 \$ Прямой размер
 \$ Вертикальный
 ^ Малый косой
 # Какова нормальная продолжительность II периода родов у первородящих?
 &10
 ^ 1 час
 \$ 2 часа

- \$ 3 часа
- \$ 30 минут
- \$ 1-2 часа
- # Когда должно произойти отхождение околоплодных вод?
- &10
- \$ При раскрытии шейки матки на 4 см
- \$ При раскрытии шейки матки на 5-6 см
- \$ С началом потуг
- ^ При раскрытии близком к полному
- @ “Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии”.
- # Самый ранний симптом , указывающий на тяжелую (50 %) отслойку плаценты:
- &10
- \$ Боль
- \$ Внутриутробная гибель плода
- ^ Нарушение гемодинамики (падение АД, частый слабый пульс, бледность)
- \$ Кровотечение из половых путей
- \$ Изменение консистенции и конфигурации матки
- # Тактика фельдшера при отделившемся последе и задержке его в полости матки:
- &10
- \$ Сокращающие в/в
- \$ Ручное отделение и выделение последа
- ^ Наружные методы выделения последа
- \$ Сокращающие в толщу матки
- # Тактика фельдшера при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде:
- &10
- \$ Катетеризация мочевого пузыря
- \$ Наружный массаж матки
- \$ Сокращающие в/в
- \$ Ручное обследование полости матки и массаж матки на кулаке
- ^ Все выше перечисленное
- # Основной клинический симптом предлежания плаценты;
- &10
- \$ Боль внизу живота
- ^ Нарушение гемодинамики
- \$ Кровотечение из половых путей
- \$ Анемия
- \$ Страдание плода
- # Тактика при неотделившемся последе, когда не прошло 30 минут после рождения ребенка, а кровопотеря выше физиолог. нормы:
- &10
- \$ Сокращающие в/в
- ^ Ручное отделение и выделение последа
- \$ Транспортировка
- # При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование должно быть произведено:
- &10
- \$ Немедленно
- \$ С соблюдением правил асептики и антисептики
- ^ Только в условиях стационара
- \$ После подключения системы для в/в вливания
- @ “Гестозы”.
- # Тактика фельдшера в период клонических судорог у больной с эклампсией:

&10
 \$ Введение литической смеси
 ^ Профилактика ушибов и прикусывания языка
 \$ Магнезиальная терапия по Бровкину
 \$ Оксигенотерапия
 \$ Ингаляционный период
 # Какие осложнения возможны при поздних токсикозах беременности?
 &10
 \$ Кровоизлияния в мозг
 \$ Отслойка сетчатки
 \$ ДВС-синдром
 \$ Острая почечно-печеночная недостаточность
 ^ Все перечисленное
 # Тактика фельдшера в 1 периоде фибриллярных подергиваний у больной с эклампсией?
 &10
 ^ Ингаляционный наркоз
 \$ Эуфиллин 2,4% 10,0
 \$ Магнезиальная терапия по Бровкину
 # Сколько раз бывает рвота при раннем токсикозе беременности легкой степени?
 &10
 \$ 1 раз в сутки
 ^ 2-3 раза в сутки
 \$ 5-6 раз в сутки
 \$ более 10 раз в сутки
 \$ более 20 раз в сутки
 @ “Сальмонелез”.
 # Чаще всего при сальмонеллезе развивается:
 &10
 \$ Гастритическая
 \$ Генерализованная (тифоподобная и септическая)
 ^ Гастроинтестинальная
 # Какой степени тяжести соответствует следующая клиническая картина сальмонеллеза: t - 37-38 градусов, одно-двух кратная рвота, жидкий стул до 5 раз в сутки, пульс 70-90, АД 120/80.
 &10
 ^ Легкой
 \$ Средней тяжести
 \$ Тяжелой
 # Какой степени тяжести соответствует следующая клиника сальмонеллеза: t - 38-39 градусов, повторная рвота, жидкий стул 6-10 раз в сутки, пульс 80-100 в минуту, АД >100/60.
 &10
 \$ Легкой
 ^ Средней тяжести
 \$ Тяжелой
 # Какой степени тяжести соответствует следующая клиника сальмонеллеза: t - 39-40, профузная рвота, жидкий стул больше 10 раз в сутки, язык сухой, пульс 100-120 в минуту, АД 100/60.
 &10
 \$ Легкой
 \$ Средней тяжести
 ^ Тяжелой

- # Больным с тяжелой формой сальмонеллеза на догоспитальном этапе должны быть проведены:
 - &10
 - \$ Промывание желудка
 - \$ Регидратационная терапия
 - \$ Противошоковая терапия
 - ^ Все перечисленное
- @ “Ботулизм”.
 - # В основе клинической картины ботулизма лежит:
 - &10
 - \$ Обезвоживание
 - ^ Нарушение передачи возбуждения с двигательного нейрона на мышцу
 - \$ Нарушение передачи возбуждения по нервным волокнам к чувствительным нейронам
 - # Для клиники ботулизма характерны:
 - &10
 - \$ Расстройства глотания
 - \$ Расстройства зрения
 - \$ Расстройства дыхания
 - \$ Запоры и вздутие живота
 - ^ Все перечисленное
 - # Основной причиной смерти больных ботулизмом является:
 - &10
 - \$ Обезвоживание
 - \$ Гипертермический синдром
 - \$ Острая левожелудочковая недостаточность
 - ^ Острая дыхательная недостаточность
 - # Ботулизм может развиваться при употреблении в пищу:
 - &10
 - \$ Свежих овощей, зараженных спорами ботулинической палочки
 - \$ Молока
 - ^ Консервированных овощей и грибов, мясных и рыбных консервов домашнего приготовления
- @ “Дифтерия”.
 - # Наиболее часто встречающаяся клиническая форма локализованной дифтерии:
 - &10
 - \$ Дифтерия носа
 - ^ Дифтерия зева
 - \$ Дифтерия гортани
 - \$ Дифтерия кожи
 - # Локализованную форму дифтерии зева дифференцируют:
 - &10
 - \$ С гриппом
 - ^ С ангиной
 - \$ Со скарлатиной
 - \$ С корью
 - # Симптом специфический для локализованной формы дифтерии зева:
 - &10
 - \$ Плотные болезненные подчелюстные лимфатические узлы
 - ^ На миндалинах налет серо-белого цвета в виде островков или сплошных пленок
 - \$ Ярко гиперемированные и резко увеличенные в размере миндалины
 - \$ Нет ответа
 - # Распространенная дифтерия характеризуется:

- &10
- \$ Отеком, распространяющимся за пределы шеи на грудную клетку
- ^ Распространением налетов за пределы небных миндалин
- \$ Увеличением и уплотнением шейных, подключичных и подмышечных лимфатических узлов
- # Степень тяжести токсической формы дифтерии определяется:
- &10
- \$ Высотой температуры тела
- \$ Распространенностью налетов на миндалинах
- \$ Величиной лимфатических узлов
- ^ Распространенностью отека подкожной клетчатки
- # Определяющими для диагностики гипертоксической формы дифтерии являются:
- &10
- \$ Высокая температура с первых часов заболевания
- \$ Плотные распространенные налеты на миндалинах с первого дня болезни
- \$ Резкий отек ротоглотки, развивающийся в течении нескольких часов
- ^ Все перечисленное
- # Причина летального исхода у больных с гипертоксической формой дифтерии:
- &10
- \$ Дифтерийный круп
- ^ Инфекционно-токсический шок
- \$ Вторичная пневмония
- \$ Острая дыхательная недостаточность
- # Роль службы скорой помощи в профилактике дифтерии заключается:
- &10
- \$ В проведении массовой иммунизации населения
- ^ В раннем выявлении и изоляции больных, в передаче данных о больных с ангинами в амбулат. учреждения по месту жительства
- \$ Во взятии мазков из зева у больных с ангинами
- \$ В проведении заключительной дезинфекции квартиры больного после госпитализации @ "Менингококковая инфекция".
- # Основным путем передачи менингококковой инфекции является:
- &10
- ^ Воздушно-капельный
- \$ Алиментарный
- \$ Трансмиссивный
- \$ Водный
- # Менингококковая инфекция чаще всего протекает форме:
- &10
- ^ Менингококкового назофарингита
- \$ Менингококкового сепсиса (менингококкемии)
- \$ Менингита
- \$ Менингоэнцефалита
- # Есть ли у менингококкового назофарингита характерные клинические симптомы, позволяющие дифференцировать его от других острых респираторных инфекций без бактериологического исследования?
- &10
- \$ Да
- ^ Нет
- # Симптомами характерными для менингококкемии являются:
- &10
- \$ Внезапное начало с быстрым подъемом t до 39-41 градусов

- \$ Появление геморрагической сыпи преимущественно на конечностях через несколько часов после заболевания
- \$ Бледность кожи
- ^ Все перечисленное
- # Какие симптомы менингококкового менингита начинают проявляться уже в первые часы после начала заболевания?
- &10
- \$ Светобоязнь
- \$ Сильная головная боль, сопровождающаяся рвотой
- \$ Гиперэстезия
- ^ Все перечисленное
- # При менингококковом менингите у детей грудного возраста чаще всего выявляются:
- &10
- \$ Выбухание и напряжение большого родничка
- \$ Громкий монотонный плач
- \$ Часто судороги
- ^ Все перечисленное
- # У больного с генерализованной формой менингококковой инфекции в течение первых суток от начала заболевания могут развиваться:
- &10
- \$ Инфекционно-токсический шок
- \$ Отек головного мозга
- \$ Кровоизлияние в надпочечники
- ^ Все перечисленное
- @ “Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом”.
- # Резервуаром возбудителя геморрагической лихорадки в природе являются:
- &10
- \$ Больные люди
- \$ Реконвалесценты
- ^ Мышевидные грызуны
- # Заражение геморрагической лихорадкой происходит:
- &10
- ^ Алиментарным путем, Воздушно-пылевым путем
- \$ Воздушно-капельным путем
- \$ Контактным путем
- \$ Трансмиссивным путем
- # Для начального периода геморрагической лихорадки характерны :
- &10
- \$ Высокая температура
- \$ Головная боль
- \$ Боль в мышцах и пояснице
- ^ Все перечисленное
- # Для олигурического периода геморрагической лихорадки характерны следующие симптома:
- &10
- ^ Все перечисленное
- \$ Нормальная или субфебрильная температура
- \$ Боль в пояснице
- \$ Олигурия или анурия
- \$ Геморрагическая сыпь на коже и кровоизлияния в склере
- # При транспортировке больного с геморрагической лихорадкой следует:
- &10

- \$ Транспортировать с опущенным головным концом
- \$ Транспортировать в положении полусидя
- ^ Избегать толчков и тряски
- \$ Транспортировать с подключенной системой для внутривенного вливания кровезаменителей
- # Основными методами профилактики геморрагической лихорадки являются:
 - &10
 - \$ Профилактические прививки
 - \$ Изоляция больных
 - \$ Выявление и санация вирусо-носителей
 - ^ Уничтожение грызунов, Защита продуктов от загрязнения их выделениями грызунов
- # Тяжелое течение геморрагической лихорадки может осложниться:
 - &10
 - ^ Острая почечная недостаточность, Острая надпочечниковая недостаточность
 - \$ Разрыв почки
 - \$ Инфаркт легкого
 - \$ Отек легких
- @ “Вирусный гепатит”.
 - # Источником заражения при вирусном гепатите А являются:
 - &10
 - \$ Больные в течении всего периода болезни
 - \$ Носители
 - ^ Больные в конце инкубационного периода и в продромальном периоде
 - \$ Реконвалесценты
 - # Инфекция при вирусном гепатите А передается:
 - &10
 - ^ Фекально-оральным путем, Контактно-бытовым путем
 - \$ От матери к плоду
 - \$ Половым путем
 - # Продолжительность продромального периода при вирусном гепатите А составляет:
 - &10
 - ^ 3-5 дней
 - \$ 3-21 день
 - \$ 15-30 дней
 - # Источником заражения при вирусном гепатите В являются:
 - &10
 - ^ Больные в течении всего периода болезни, Носители австрийского антигена
 - \$ Больные только в период разгара болезни
 - # Инфекция при вирусном гепатите В передается:
 - &10
 - ^ Все перечисленное
 - \$ От матери к плоду
 - \$ От матери к ребенку при грудном вскармливании
 - \$ Половым путем
 - \$ При манипуляциях, сопровождающихся нарушениями целостности кожи и слизистых
 - # Относится ли вирусный гепатит В к кишечным инфекциям?
 - &10
 - \$ Да
 - ^ Нет
 - # Продолжительность продромального (безжелтушного) периода при вирусном гепатите В составляет:
 - &10

\$3-5 дней
 \$10-30 дней
 ^1-4 недель
 #В продромальном периоде вирусного гепатита могут развиваться синдромы:
 &10
 ^Все перечисленное
 \$Диспептический
 \$Гриппоподобный
 \$Артралгический
 @ “Травмы опорно-двигательного аппарата”.
 #Транспортная иммобилизация при переломе костей предплечья осуществляется:
 &10
 ^От кончиков пальцев до верхней трети плеча
 \$От основания пальцев до верхней трети плеча
 \$ От лучезапястного сустава до верхней трети плеча
 #Транспортная иммобилизация при переломе костей голени осуществляется:
 &10
 \$От кончиков пальцев до нижней трети бедра
 \$От головок плюсневых костей до верхней трети бедра
 ^От кончиков пальцев до верхней трети бедра
 \$От кончиков пальцев до подмышечной впадины
 #Транспортная иммобилизация при переломе плечевой кости осуществляется:
 &10
 \$От кончиков пальцев до верхней трети плеча
 \$От основания пальцев до лопатки с больной стороны
 ^От кончиков пальцев до лопатки со здоровой стороны
 #Транспортная иммобилизация при переломе бедренной кости осуществляется:
 &10
 \$От кончиков пальцев до пояса
 ^От кончиков пальцев до подмышечной впадины
 \$От головок плюсневых костей до подмышечной впадины
 #При иммобилизации по поводу переломов костей нижней конечности стопа устанавливается:
 &10
 \$В положении максимального сгибания
 \$В положении умеренного сгибания и ротацией наружу
 ^Под углом 90 градусов к костям голени
 \$Под углом 90 градусов к костям голени и ротацией внутрь
 #Основным симптомом перелома трубчатых костей является :
 &10
 \$Отек и болезненность при пальпации
 \$Покраснение кожи
 ^Патологическая подвижность
 \$Разлитая болезненность и отсутствие движений
 #Симптомами характерными для вывиха плеча являются;
 &10
 \$Разлитая боль
 \$Отсутствие движений
 \$Отек
 \$Кровоизлияния
 ^ Все перечисленное
 #В понятие «растяжение связок» входит:

- &10
- \$ Частичный надрыв связочного аппарата
- \$ Полный разрыв связок
- \$ Отрыв связок от места прикрепления
- ^ Все перечисленное
- # К признакам растяжения связок крупных суставов относятся
- &10
- \$ Местная боль
- \$ Кровоподтек и припухлость в области сустава
- \$ Нарушение функции сустава
- ^ Все перечисленное
- @ “Травмы грудной клетки”.
- # При переломах ребер показано:
- &10
- \$ Спиральная повязка на грудную клетку
- \$ Повязка Дезо
- \$ Крестообразная повязка на грудную клетку
- ^ Наложение фиксирующей повязки
- # При проникающих ранениях грудной клетки показано:
- &10
- ^ Все перечисленное
- \$ Анальгин в/в
- \$ Наложение окклюзионной повязки непосредственно на рану
- \$ Придание больному полусидячего положения
- # Показанием для плевральной пункции при травмах грудной клетки является:
- &10
- \$ Проникающее ранение грудной клетки
- \$ Подкожная эмфизема у больного с переломами ребер
- \$ Открытый пневмоторакс
- ^ Напряженный пневмоторакс
- # Пункция плевральной полости с целью удаления из нее воздуха производится:
- &10
- \$ Во II межреберье по переднеподмышечной линии
- ^ Во II межреберье по среднеключичной линии
- \$ В IV межреберье по переднеподмышечной линии
- \$ В VII межреберье по задней подмышечной линии
- # Пункция плевральной полости с целью удаления из нее крови производится:
- &10
- \$ В II межреберье по среднеключичной линии
- \$ В IV межреберье по передней подмышечной линии
- ^ В VII - VIII межреберье по задней подмышечной линии
- \$ В IX-X межреберье по задней подмышечной линии
- # Факторами свидетельствующими о ранении сердца являются:
- &10
- ^ Локализация раны, Брадикардия и снижение АД
- \$ Резкое снижение АД и тахикардия
- \$ Внешний вид больного
- # При тампонаде сердца наблюдаются
- &10
- \$ Снижение АД
- \$ Расширение границ сердца
- \$ Глухость сердечных тонов

- ^ Все перечисленное
- @ “Черепно-мозговые травмы”.
- #Для перелома основания черепа характерны:
- &10
- \$ Кровоизлияния в конъюнктиву и окологлазную клетчатку
- \$ Потеря сознания в момент получения травмы
- \$ Редкий напряженный пульс
- \$ Дыхание Чейн-Стокса
- ^ Все перечисленное
- # Тугая тампонада уха или носа при наличии ликворреи из них:
- &10
- \$ Показана
- ^ Не показана
- # Глюкокортикоидные гормоны у больных с черепно-мозговыми травмами применяются:
- &10
- ^Для уменьшения проницаемости сосудистой стенки и профилактики перифокального отека в области травмы
- \$ Для повышения тонуса емкостных сосудов большого круга, увеличения возврата крови к сердцу и повышения сердечного выброса
- # При оказании помощи больному с черепно-мозговой травмой применяется:
- &10
- \$ Гидрокортизон
- \$ Преднизолон
- ^ Дексаметазон
- # К признакам развивающегося отека головного мозга относятся:
- &10
- \$ Нарастающая брадикардия
- \$ Снижение гемодинамических показателей
- \$ Урежение дыхания
- ^ Все перечисленное
- # Симптомами, характерными для сотрясения головного мозга, являются:
- &10
- ^Тошнота и головокружение, Приливы крови к лицу и шум в ушах
- \$ Перемежающаяся анизокория
- \$ Слабоположительные менингеальные симптомы
- \$ Мелкоразмашистый нистагм
- @ “Термические повреждения”.
- # Симптомами соответствующими дореактивному периоду отморожения являются:
- &10
- \$Гиперемия кожи, отек, боль
- \$Отек и пузыри с геморрагическим содержимым
- ^ Бледность кожи, снижение температуры кожи и отсутствие чувствительности
- \$ Боль и пузыри с прозрачным содержимым
- #При наличии у больного дореактивного периода отморожения необходимо:
- &10
- \$Быстрое согревание отмороженных участков и госпитализация
- \$ Постепенное согревание и госпитализация в зависимости от состояния
- ^ Наложение теплоизолирующей повязки и госпитализация
- # При наличии у больного реактивного периода отморожения необходимо:
- &10
- \$ Быстрое согревание и госпитализация
- \$ Медленное согревание и госпитализация

- ^ Наложение сухой стерильной повязки и в зависимости от состояния госпитализация
- \$ Наложение теплоизолирующей повязки и госпитализация
- # Для отморожения III степени характерно:
 - &10
 - \$ Обратимое расстройство периферического кровообращения
 - \$ Некроз эпидермиса
 - \$ Некроз всей толщи кожи
 - ^ Образование пузырей с геморрагическим содержимым
 - # При ожоге лица, волосистой части головы и шеи у взрослого площадь ожогов составляет:
 - &10
 - ^ 9%
 - \$ 18%
 - \$ 20%
 - # При ожоге кисти правой руки площадь ожога составляет:
 - &10
 - \$ 1%
 - ^ 2%
 - \$ 4%
 - \$ 6%
 - # Ожоговый шок у лиц средней возрастной группы, не имеющих отягощающих факторов, развивается при глубоких ожогах площадью:
 - &10
 - \$ 5% поверхности тела
 - ^ 10% поверхности тела
 - \$ 15% поверхности тела
 - \$ Более 20% поверхности тела
 - \$ Более 30% поверхности тела
 - @ “Острые воспалительные заболевания ЛОР-органов”.
 - #Показаниями для госпитализации являются:
 - &10
 - \$ Катаральная ангина
 - \$ Фолликулярная ангина
 - \$ Лакунарная ангина
 - ^ Гортанная ангина, Флегмонозная ангина
 - #Симптомами характерными только для гортанной ангины являются:
 - &10
 - \$ Боль в горле при глотании
 - \$ Сухость и першение горла
 - \$ Боль при поворотах шеи
 - ^ Охриплость голоса, Затрудненное дыхание
 - #Паратонзиллярный абсцесс чаще всего развивается:
 - &10
 - ^Как осложнение фолликулярной или лакунарной ангины
 - \$ Первично
 - # О развитии паратонзиллярного абсцесса у больного с ангиной свидетельствует:
 - &10
 - \$ Ограничение открытия рта
 - \$Гнусавость голоса
 - \$Односторонний отек слизистой оболочки зева
 - ^ Все перечисленное
 - # Острый мастоидит обычно развивается

&10

^ Как осложнение острого гнойного среднего отита

\$ Первично

О развитии мастоидита у больного с отитом свидетельствует:

&10

^ Болезненность при надавливании на верхушку пирамиды сосцевидного отростка, Оттопыривание ушной раковины.

\$ Болезненность при надавливании на козелок ушной раковины

\$ "Стреляющие" боли в ухе

Острый мастоидит является показанием для срочной госпитализации :

&10

^Да

\$Нет

#Для клинической картины стенозирующего ларинготрахеита характерно:

&10

\$ Развитие чаще на фоне острых респираторных вирусных инфекций и у больных с аллергическими проявлениями:

\$ Развивается медленно в течение 12-24 часов

\$ "Лающий" кашель

^ Все перечисленное

Больному со стенозом гортани в стадии декомпенсации необходимо:

&10

\$ Преднизолон в/в 30-90 мг.

\$ Ингаляция увлажненного кислорода

\$ Горячие ножные ванны

\$ Щелочное питье

^ Все перечисленное

@ "Неотложная помощь при травмах, инородных телах и кровотечениях из ЛОР-органов".

#Больному с повреждением барабанной перепонки необходимо:

&10

\$Промывание наружного слухового прохода фурацилином

\$Удаление сгустков крови

\$Закапывание в ухо спиртового раствора борной кислоты

^Наложение стерильной повязки, Госпитализация

#Иностранное тело в наружном слуховом проходе удаляется :

&10

\$Фельдшером с помощью пинцета

\$Фельдшером СМП путем промывания слухового прохода шприцом Жане

^ЛОР-врачом

#Спирт в наружный слуховой проход при наличии в нем инородного тела растительного происхождения (горошины, фасолины) закапывается с целью:

&10

\$Для предупреждения инфицирования

\$С целью вымывания инородного тела

^Для предупреждения его набухания

#При наличии инородного тела носа на догоспитальном этапе больному показано;

&10

\$Удаление инородного тела тупым крючком

^Попытка удаления инородного тела высмаркиванием

#Перед попыткой удаления инородного тела путем высмаркивания необходимо:

&10

\$ Придать больному горизонтальное положение с повернутой в сторону головой
^ За 3-5 минут закапать в нос капли 2% эфедрина, Предупредить о необходимости производить вдох только через рот
\$ Ингаляция кислорода в течение 5 минут
@ “Методы активной детоксикации”.

При остром отравлении первой развивается :
&10
\$ Соматогенная стадия
^ Токсикогенная стадия
Промывание желудка при острых пероральных отравлениях показано:
&10
\$ Если прошло не больше 2 часов после приема яда
\$ Если прошло не больше 10 часов после приема яда
\$ При отравлениях кислотами и щелочами
\$ При бессознательном состоянии больного
^ При любых острых пероральных отравлениях
Промыванию желудка у больных в коматозном состоянии предшествует:
&10
\$ Введение воздуховода
^ Интубация трахеи
\$ Ингаляция кислорода
Объем воды необходимый для эффективного промывания желудка взрослому человеку составляет:
&10
\$ 5-6 литров
\$ 6-8 литров
\$ 8-10 литров
^ 10-12 литров
\$ 12-14 литров
Объем однократно вводимой жидкости при зондовом промывании желудка взрослому больному составляет:
&10
\$ 300-400 мл
\$ 500-700 мл
^ 900-1000 мл
\$ 1000-1500 мл
Принцип лечения острых отравлений осуществляемый на этапе СМП во всех без исключения случаях :
&10
\$ Антидотная терапия
\$ Активная детоксикация
\$ Промывание желудка
^ Посиндромная неотложная помощь
@ “Диагностика и лечение наиболее распространенных видов острых отравлений”.

Симптомы характерные для клиники острых отравления ФОС :
&10
\$ Гипергидроз
\$ Бронхоррея
\$ Слюнотечение
\$ Мышечные фибрилляции
^ Все перечисленное
Антидотом при отравлении ФОС является:

- \$ Сернокислая магнезия 25%
- ^ Атропин 0,1%
- \$ Прозерин 0,05%
- \$ Унитиол
- \$ Эфедрин 5%
- # Симптомами говорящими о том, что доза антидота, примененного при отравлении ФОС, достаточна, являются:
 - \$ Увеличение влажности кожи
 - \$ Сужение зрачков, увеличение влажности кожи
 - ^ Появление сухости кожи и слизистых, уменьшение брадикардии, тенденция к расширению зрачков
 - \$ Уменьшение тахикардии, сужение зрачков, уменьшение сухости кожи
- # Симптомы характерные для клиники острого отравления беленой:
 - \$ Возбуждение
 - \$ Сухость и гиперемия кожи
 - \$ Высокая температура
 - \$ Расширение зрачков
 - ^ Все перечисленное
- # Антидот при отравлении беленой вводится:
 - \$ До уменьшения потливости
 - ^ До уменьшения сухости кожи, До уменьшения тахикардии
 - \$ До появления тенденции к расширению зрачков
 - \$ До уменьшения брадикардии
- # Антидотом при отравлении беленой является:
 - \$ Атропин 0,1%
 - ^ Прозерин 0,05%
 - \$ Этиловый спирт 30 градусов
 - \$ Адреналин 0,1
- # Доза этилового спирта, применяемого в качестве антидота при острых отравлениях метиловым спиртом составит:
 - \$ 30% 20,0 через каждые 3 часа
 - ^ 30% 50,0 через каждые 3 часа
 - \$ 30% 100,0 через 4 часа
 - \$ 30% 200,0 2 раза в сутки
- # Самой частой причиной дыхательных расстройств при отравлении снотворным является:
 - \$ Бронхоспазм
 - \$ Аспирация рвотных масс
 - ^ Угнетение дыхательного центра
 - \$ Бронхоррея
- # Антидотом при отравлении солями тяжелых металлов является:
 - ^ Унитиол
 - \$ Атропин
 - \$ Активированный уголь
 - \$ Тиосульфат натрия
- #Профилактика гонобленореи новорожденному проводится:
 - ^ Альбуцидом 30%
 - \$ Альбуцидом 15%
 - \$ Фурацилином 1:5000
- #Основным симптомом асфиксии у новорожденных является:
 - \$ отсутствие сердцебиений
 - ^ нерегулярность, отсутствие дыхания

- \$ цианоз кожи
- \$ мышечная гипотония
- # Соотношение искусственной вентиляции легких и массажа сердца при реанимации новорожденных составляет:
 - \$ 1:2
 - \$ 1:3
 - ^ 1:4
 - \$ 1:5
- # Неэффективная реанимация новорожденному с отсутствием дыхания и сердцебиения проводится:
 - \$ 5 мин.
 - \$ 10 МИН.
 - \$ 15 МИН.
 - ^ 20 МИН.
- \$ До восстановления дыхания и сердцебиения
- # Искусственная вентиляция легких новорожденным и детям грудного возраста проводится методом:
 - \$ Изо рта в рот
 - \$ Изо рта в нос
 - ^ Изо рта в рот и нос
- # Объем воздуха при проведении искусственной вентиляции легких новорожденному ребенку составляет:
 - \$ 20-30 мл
 - ^ 80-100 мл
 - \$ 200-500 мл
- # Массаж сердца новорожденным детям проводится с частотой:
 - ^ 120 р. в мин.
 - \$ 100 р. в мин.
 - \$ 80 р. в мин.
 - \$ 60 р. в мин.
- # 50% анальгин детям вводится из расчета:
 - ^ 0,1 мл на 1 год жизни
 - \$ 0,2 мл на 1 год жизни
 - \$ 0,01 мл на 1кг веса
 - \$ 0,02 мл на 1кг веса
- # 1% димедрол детям вводится из расчета:
 - ^ 0,1 мл на 1 год жизни
 - \$ 0,2 мл на 1 год жизни
 - \$ 0,1 мг на 1 кг веса
 - \$ 0,01 мг на 1 кг веса
- # Неотложная помощь при гипертермии включает:
 - \$ Анальгин с димедролом
 - \$ Физические методы
 - ^ Все верно
- # Неотложная помощь при судорожном синдроме:
 - \$ Седуксен
 - \$ Уложить, расстегнуть стягивающую одежду, кислород
 - ^ Все верно
- # Количество жидкости, для промывания желудка ребенку рассчитывается:
 - \$ 1 литр на 1 кг веса
 - ^ 1 литр на 1 год жизни, но не более 10 литров

Вопросы для проведения итоговой аттестации (экзамен) по дополнительной профессиональной образовательной программы профессиональной переподготовки «Скорая и неотложная помощь»

1. Внутрибольничная инфекция. Определение. Проблемы ВБИ.
2. Традиционные и гнойно-септические внутрибольничные инфекции.
3. Виды возбудителей ВБИ.
4. Источники инфекции. Резервуар возбудителей ВБИ.
5. Восприимчивость к инфекции. Факторы, влияющие на восприимчивость к ВБИ.
6. Способы передачи возбудителей ВБИ.
7. Структура ВБИ. Пространственная характеристика ВБИ.
8. Факторы, влияющие на рост ВБИ в современных условиях.
9. Основные принципы инфекционного контроля за ВБИ.
10. Основные задачи программы инфекционного контроля.
11. Эпидемиологическое наблюдение за ВБИ.
12. Современные изоляционно-ограничительные мероприятия предупреждающие передачу ВБИ.
13. Стандартные меры предосторожности в профилактике ВБИ у медицинского персонала.
14. Основные направления разработки программы профилактики ВБИ у медперсонала.
15. Инфекционная безопасность медперсонала при вирусных гепатитах. Меры профилактики и защиты.
16. Специфическая и неспецифическая профилактика ВГВ И ВГС.
17. Дезинфекция. Определение. Цель. Виды.
18. Физические методы дезинфекции.
19. Химические методы дезинфекции. Способы.
20. Средства дезинфекции. Основные группы дезинфектантов.
21. Требования, предъявляемые к дезинфицирующим средствам.
22. Факторы влияющие на обеззараживающий эффект при проведении дезинфекции.
23. Уровни дезинфекции и классификация предметов окружающей среды по категории риска переноса ВБИ.
24. Гигиена рук медицинского персонала. Уровни. Цель.
25. Основные показания для мытья рук при различных уровнях деконтаминации.
26. Показания к использованию перчаток. Свойства и оценка защитных свойств перчаток.
27. Предстерилизационная очистка. Цель. Этапы.
28. Контроль качества предстерилизационной очистки.
29. Стерилизация. Методы. Режимы.
30. Контроль качества стерилизации. Сроки хранения простерилизованных изделий.
31. Определение реаниматологии и реанимации. Виды терминальных состояний, их диагностика. Признаки клинической и биологической смерти.
32. Бронхиальная астма, определение, осложнения, оказание первой медицинской помощи при приступе удушья средней степени тяжести на догоспитальном этапе, тактика ведения больного.
33. Причины нарушения функции кровообращения у больных в терминальных состояниях, виды остановки сердца. Методы искусственного замещения кровообращения. Правила проведения массажа сердца, дефибриляции.
34. Показания и противопоказания к проведению реанимации. Причины развития терминальных состояний. Правила АВС.
35. Причины внезапной остановки сердца. Последовательность и правила проведения реанимационных мероприятий, оценка эффективности реанимации, продолжительность реанимации. Медикаментозная терапия при реанимации.

36. Патологические процессы, развивающиеся при утоплении. Особенности и правила при проведении реанимации при утоплении.
37. Патологические процессы, развивающиеся при странгуляционной асфиксии. Особенности и правила проведения реанимации при повешении, удушении.
38. Электротравма, патогенез развития. Особенности и правила проведения реанимационных мероприятий.
39. ИБС, инфаркт миокарда, его формы, особенности клиники, диагностики абдоминальной формы, дифференциальная диагностика.
40. Понятие о кровотечении. Классификация кровотечений. Методы временной остановки артериального кровотечения.
41. Терминальные состояния. Элементы легочно-сердечной реанимации. Контроль эффективности реанимации.
42. Причины острых кровотечений из желудочно-кишечного тракта. Клиника, неотложная помощь и лечение на догоспитальном этапе.
43. Понятие «острый живот». Причины перитонита, классификация, клиника, стадии, лечение, неотложная помощь.
44. Грыжи, виды, клиника. Ущемленные грыжи, их диагностика. Неотложная помощь.
45. Острая кишечная непроходимость. Причины, клиника, неотложная помощь, тактика фельдшера скорой помощи.
46. Острый аппендицит, классификация, клиника, диагностика, особенности течения у стариков и у детей. Тактика фельдшера скорой помощи.
47. Острый холецистит, острый панкреатит. Этиология, клиника, диагностика. Неотложная помощь. Тактика фельдшера скорой помощи.
48. Прободение язвы желудка и 12-перстной кишки. Клинико-диагностические критерии. Тактика фельдшера при перфорации язвы и других хирургических осложнениях язвенной болезни желудка.
49. Мочекаменная болезнь, причины, клиника, диагностика, неотложная помощь, показания и госпитализация.
50. Мочекаменная болезнь, причины, клиника, диагностика, неотложная помощь, показания и госпитализация. Почечная колика.
51. Открытая черепно-мозговая травма. Классификация, клиника, диагностика. Особенности оказания помощи, тактика фельдшера скорой помощи.
52. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Прободение. Клиника. Особенности оказания первой медицинской помощи, тактика ведения.
53. Переломы нижних конечностей. Клиника, диагностика, абсолютные признаки. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
54. Синдром длительного раздавливания. Патогенез. Клиника, тактика фельдшера скорой помощи.
55. Травма грудной клетки, классификация, клиника, осложнения открытых и закрытых повреждений груди. Неотложная помощь и тактика фельдшера скорой помощи.
56. Травма живота, виды. Клиника открытых и закрытых повреждений живота. Неотложная помощь и тактика фельдшера скорой помощи.
57. Закрытая черепно-мозговая травма, виды, диагностика. Объем помощи на догоспитальном этапе. Принципы медикаментозной терапии в остром периоде и при наличии осложнений черепно-мозговой травмы. Особенности транспортировки.
58. Открытая черепно-мозговая травма. Классификация, клиника, диагностика. Особенности оказания помощи, тактика фельдшера скорой помощи.
59. Позвоночно-спинальные травмы, виды повреждения позвоночника, спинного мозга, клиника, диагностика. Принципы фиксации и транспортировки, неотложная помощь на догоспитальном этапе.
60. Повреждения таза. Виды, клиника, диагностика, неотложная помощь, особенности транспортировки.

61. ХОБЛ. Клиника, принципы лечения, оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе.
62. Причины нарушения функции дыхания у больного в терминальном состоянии. Методы искусственной вентиляции легких.
63. Коматозные состояния первично церебрального генеза. Неотложная помощь.
64. Инфаркт миокарда, причины, клиника, типичная форма, диагностика, оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе. Тактика ведения больного.
65. Острые пневмонии, определение, особенности клинических течений крупозной пневмонии, тактика фельдшерской помощи на догоспитальном этапе.
66. Осложнение крупозной пневмонии, клиника инфекционно-септического шока, оказание первой помощи на догоспитальном этапе.
67. Механические повреждения верхних конечностей (вывихи, переломы), неотложная помощь.
68. Ишемическая болезнь сердца, классификация стенокардии, определение, характеристика болевого синдрома. Оказание первой медицинской помощи, тактика ведения больного.
69. Шок. Виды шока, причины. Патогенез, степени шока, клиника. Общие принципы неотложной помощи и лечения шока.
70. Осложнения И.М. особенности клиники сердечной астмы, диагностики. Оказание первой медицинской помощи на догоспитальном этапе, тактика ведения больного.
71. Осложнение крупозной пневмонии, клиника инфекционно-септического шока, оказание первой помощи на догоспитальном этапе.
72. Сердечная астма, причины, механизм развития, клиника, оказание первой медицинской помощи на догоспитальном этапе, тактика ведения больного.
73. Отек легкого, определение, причины, клиника, механизм развития, оказание первой медицинской помощи на догоспитальном этапе, тактика ведения больного.
74. Острая правожелудочковая недостаточность, причины. ТЭЛА, особенности клиники, оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Тактика ведения больного.
75. Кардиогенный истинный шок, патогенез, клиника, особенности оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.
76. Осложнения гипертонической болезни, гипертонический криз 1-го порядка, клиника. Особенности оказания первой медицинской помощи при кризах.
77. Осложнения гипертонической болезни, гипертонический криз 2-го порядка. Особенности оказания первой медицинской помощи при кризах, тактика ведения.
78. Нарушение ритма и проводимости. Определение, методы диагностики. Мерцательная аритмия, её виды, клинические и ЭКГ-графические проявления. Особенности оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Тактика ведения больного.
79. Нарушения ритма и проводимости. Определение, методы диагностики. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Клинические и ЭКГ-графические проявления. Особенности оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Тактика ведения больного.
80. Нарушение ритма и проводимости. Определение, методы диагностики. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. Клинические и ЭКГ-графические проявления. Особенности оказания первой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Тактика ведения больного.
81. Диффузно-токсический зоб. Причины, осложнения, тиреотоксический криз, тактика ведения.
82. Виды травм опорно-двигательного аппарата. Ушибы, растяжения, вывихи, неотложная помощь.

83. Желчекаменная болезнь, причины, клиника, диагностика. Особенности оказания первой медицинской помощи при желчной колике на догоспитальном этапе. Тактика ведения больного.
84. Кардиогенный шок, патогенез, клиника, оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе, тактика ведения.
85. Сахарный диабет, его ранние и поздние осложнения. Гиперкетотическая кома, клинико-лабораторные признаки, тактика ведения больного.
86. Сахарный диабет, его ранние и поздние осложнения. Гиперосмолярная, гипергликемическая кома, клинико-лабораторные признаки, тактика ведения больного.
87. Сахарный диабет, его ранние и поздние осложнения. Гипогликемическая кома, причины, клинико-лабораторные признаки, оказание первой медицинской помощи, тактика ведения больного.
88. Диффузно-токсический зоб. Причины, осложнения, тиреотоксический криз, тактика ведения.
89. Анафилактический шок, причины, клиника. Оказание первой медицинской помощи на догоспитальном этапе, тактика ведения больного.
90. Печеночная кома, определение, причины, клиника, тактика ведения больного.
91. Внематочная беременность, этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь.
92. Коматозные состояния, причины, виды, степени. Неотложная помощь при комах.
93. Астматический статус, определение, классификация, клиника, тактика ведения больного на догоспитальном этапе.
94. Дифдиагностика дифтерии зева, диагностические критерии токсической дифтерии зева.
95. Апоплексия яичника, этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь.
96. Холодовая травма, виды. Отморожения. Степени отморожения. Неотложная помощь при холодовой травме.
97. Малярия. Этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
98. Приращение плаценты, этиология, виды, клиника, диагностика, тактика ведения.
99. Перекрут ножки опухоли, прорыв гнойника в брюшную полость, этиология, клиника, диагностика, лечение.
100. Эклампсия, этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, возможные осложнения.
101. Преэклампсия, этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, возможные осложнения.
102. Клещевой энцефалит. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
103. Пути передачи, резервуары ВИЧ-инфекции. Группы риска.
104. Термические поражения. Ожоги, степени. Определение ожоговой поверхности. Понятие об ожоговой болезни. Неотложная помощь при ожогах.
105. Разрыв матки, этиология, клиника, диагностика, тактика ведения, профилактика.
106. Действия фельдшера СМП при выявлении больного с ООИ.
107. Дифтерия. Клинические формы. Особенности эпидемиологии. Неотложная помощь.
108. Задержка отделившегося последа в матке. Этиология, клиника, тактика ведения.
109. Коматозные состояния вторично церебрального генеза. Неотложная помощь при комах.
110. Неукротимая рвота беременных, клиника, неотложная помощь.
111. Неотложные состояния в клинике кишечных инфекций и неотложная помощь на догоспитальном этапе.
112. Менингококковая инфекция. Клинические формы, тактика фельдшера СМП при выявлении больного с генерализованными формами менингококковой инфекции.

113. Профилактика вирусного гепатита В при возникновении риска профессионального заражения.
114. Сибирская язва. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
115. Обморок, клиника, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Перечислить заболевания, имеющие данное состояние как симптом.
116. Легочное кровотечение, клиника, причины, тактика ведения на догоспитальном этапе.
117. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь.
118. Неотложные состояния в клинике кишечных инфекций и неотложная помощь на догоспитальном этапе.
119. Дифференциальная диагностика диабетических ком. Неотложная помощь.
120. Предлежание плаценты, этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь.