001.Первоначальные мероприятия при состоянии клинической смерти:

введение медикаментозных средств

проведение ИВЛ

проведение закрытого массажа сердца

одновременное проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца

002.Соотношение дыханий и. компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку одним лицом:

на 1 вдох — 5 компрессий

на 2 вдоха — 4 компрессии

на 3 вдоха — 6 компрессий

на 2 вдоха — 30 компрессий

003.При проведении НМС поверхность, на которой лежит больной, обязательно должна быть:

жесткой

мягкой

наклонной

не имеет значения

004.Признаком эффективности проведения ЗМС является:

экскурсия грудной клетки

зрачки широкие

отсутствие пульсовой волны на сонной артерии.

появление пульсовой волны на сонных артериях, сужение зрачков.

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

повернута в бок

запрокинута назад

согнута вперед

в исходном положении

006.Число дыханий в 1 минуту при проведении ИВЛ в процессе СЛМР взрослому пациенту:

8-10 в мин.

30-32 в 1мин.

12-20 в 1 мин.

20-24 в 1 мин,

007.Основное осложнение, возникающее при проведении ЗМС:

перелом ключицы

переломы ребер

повреждение трахеи

перелом позвоночника

008.ЗМС новорожденному проводят:

кистями обеих рук

четырьмя пальцами правой руки

проксимальной частью кисти правой руки

одним пальцем руки

009.Глубина компрессии грудной клетки у взрослого при проведении СЛМР составляет:

1,5-2 см.

4-6 см.

5-6 см.

7-8 см.

010.Правильная укладка больного при сердечно-легочной реанимации:

приподнять ножной конец

приподнять головной конец

положить на ровную твердую поверхность

опустить головной конец

011.Наиболее частая причина терминальных состояний:

перелом трубчатых костей

растяжение связок

асфиксия

ожог 2 степени

012.Эффективное соотношение частоты ИВЛ и ЗМС при проведении СЛМР одним человеком:

2:30

1:10

1:5

3:12

013.Первоочередное мероприятие при клинической смерти:

ЗМС

ИВЛ

восстановление проходимости дыхательных путей

инфузионная терапия

014.Эффективная медикаментозная терапия при клинической смерти:

адреналин, атропин, гормоны, препараты Са

кровезаменители, глюкоза, 02. бикарбонат натрия

кислород, атропин, лидокаин, препараты К

димедрол, новокаин, глюкоза, атропин

015.Назовите ранние признаки биологической смерти:

прекращение сердечной деятельности

появление трупного окоченения

резкая бледность кожных покровов

симптом «селедочного глаза»

016.При проведении ЗМС компрессию на грудину производят:

ладонью

проксимальной частью ладони

тремя пальцами

одним пальцем

017.«Тройной» прием Сафара включает:

положение на спине, голова повернута на бок, нижняя челюсть выдвинута вперед

положение на спине, под лопатками подложен валик, голова отогнута кзади, нижняя челюсть выдвинута вперед

положение на спине голова согнута кпереди, нижняя челюсть прижата к верхней

положение на спине, под лопатками подложен валик, челюсти сомкнуты

018.Соотношение дыханий и компрессий на грудину при проведении СЛМР двумя лицами:

на 1 вдох -2 компрессии

на 1 вдох -10 компрессий

на 1 вдох -5 компрессий

на 2 вдоха - 30 компрессий

019.Продолжительность клинической смерти в условиях нормометрии:

1-2 минуты

5-7 минут

25-30 минут

8-10 минут

020.Признаками клинической смерти являются:

потеря сознания и отсутствие пульса на сонных артериях, отсутствие самостоятельного дыхания, арефлексия

спутанность сознания и возбуждение, отсутствие реакции зрачков на свет

нитевидный пульс на сонных артериях, отсутствие самостоятельного дыхания

дыхание не нарушено

021.При проведении ЗМС ладони следует расположить:

на верхней трети грудины

на границе верхней и средней трети грудины

на границе средней и нижней трети грудины

в V межреберном промежутке слева от грудины

022.Глубина продавливания грудины при проведении ЗМС ребенку 2-х лет:

1-2 см

4-6 см

7-8 см

9-10 см

023.Показания к прекращению реанимационных мероприятий:

отсутствие признаков эффективного кровообращения

отсутствие самостоятельного дыхания

появление ранних признаков биологической смерти

широкие зрачки

024.Если сердечная деятельность не восстанавливается, реанимационные мероприятия можно прекратить через:

30 мин.

3-6 мин

2 часа

15-20 мин.

025.Абсолютный признак биологической смерти:

прекращение дыхания

прекращение сердечной деятельности

расширение зрачков

симптом «кошачьего глаза»

026.Одна из фаз терминального состояния:

обморок

агония

гипоксия

коллапс

027.Наиболее частая причина непроходимости дыхательных путей в терминальном состоянии:

спазм

инородные тела

западение языка

рвотные массы

028.Какие мероприятия необходимы при фибрилляции желудочков:

массаж сердца, препараты калия, лидокаин, электродефибрилляция

массаж сердца, препараты кальция атропин, электростимуляция

ИВЛ, электродефибрилляция, кровезаменители

сердечные гликозиды, атропин, витамин «С»

029*.*Точкой проведения внутрисердечной инъекции у ребенка 2 лет является:

IV межреберье

III межреберье

IV межреберье

VI межреберье

030.Противопоказанием для проведения ЗМС является наличие:

перелома позвоночника

внутриплевральное кровотечение

сколиоз IV степени

разрыв внутренних органов

031.К видам остановки сердца относится:

мерцательная аритмия

пароксизмальная тахикардия

фибрилляция желудочков

экстрасистолия

032.Назовите ранние признаки биологической смерти:

прекращение сердечной деятельности

появление трупного окоченения

резкая бледность кожных покровов

симптом «селедочного глаза»

033.Глубина компрессии грудной клетки при проведении ЗМС ребенку 10 лет:

2-3 см

4-6 см

7-8 см

9-10 см

034.Эффективное соотношение частоты ИВЛ и ЗМС при проведении СЛМР одним человеком:

2:30

1:10

1:5

3:12

035.При эндотрахеальном введении препаратов поддержки СЛМР:

дозировка увеличивается в 2 раза

дозировка увеличивается в 3 раза

дозировка уменьшается в 1,5 раза

дозировка увеличивается в 2 раза

036.Признаком эффективности проведения ЗМС является:

изменение цвета кожных покровов

глубина компрессии передней грудной стенки

правильное расположение рук

появление пульсовой волны на сонных артериях, сужение зрачков

037.С какой частотой проводится ИВЛ у ребенка 1 :

4-5 в 1 мин.

14-16 в 1 мин.

30-40 в 1 мин.

80-100 в 1 мин.

038.Возможные пути введения лекарственных препаратов при СЛМР:

внутривенно

внутримышечно

подкожно

039.Наиболее эффективный путь введения лекарственных препаратов при СЛМР:

эндотрахеально

внутримышечно

подкожно

внутрикостно

040.Правильная укладка больного при сердечно-легочной реанимации:

приподнять ножной конец

приподнять головной конец

положить на ровную твердую поверхность

опустить головной конец

041.При проведении искусственного дыхания методом «рот в рот»

свободной рукой необходимо плотно зажимать нос пострадавшего

обеспечить пассивный выдох пострадавшего через нос

зажимать нос пострадавшего необходимо только, если носовые ходы свободны

проходимость носовых ходов роли не играет

042.Для проведения закрытого массажа сердца реаниматор встает

слева от пострадавшего

справа от пострадавшего

в удобное для себя положение

то слева, то справа от пострадавшего

043.Непрямой массаж сердца детям до 12 лет проводят

пальцами одной руки

кистью одной руки

кистями двух рук

пальцами 2-х рук

044.При проведении непрямого массажа сердца новорожденным детям надавливают на

верхнюю треть грудины

нижнюю треть грудины

среднюю треть грудины

границу средней и нижней трети грудины

045.Частота проведения ИВЛ новорожденным детям

40 раз в минуту

20 раз в минуту

30 раз в минуту

25 раз в минуту

046.Частота проведения ИВЛ детям школьного возраста

40 раз в минуту

16-18 раз в минуту

30 раз в минуту

25 раз в минуту

047.Признаки биологической смерти

остановка дыхания и сердечной деятельности

зрачок не реагирует на свет

трупное окоченение, трупные пятна, «кошачий глаз»

резкое снижение (отсутствие) мышечного тонуса, трупные пятна, «кошачий глаз»

048.Показанием для проведения открытого массажа сердца является наличие:

перелома позвоночника

внутриплевральное кровотечение

переломы ребер с обеих сторон

разрыв внутренних органов

049.Какое вторичное заболевание является наиболее частым проявлением поздней стадии ВИЧ-инфекции:

пневмоцистоз

брюшной тиф

туберкулез

лейшманиоз

050.Наружный массаж сердца нельзя проводить при:

остром инфаркте миокарда

деформации позвоночника

множественном переломе ребер

ожирении

051.Препарат, применяемый при остановке сердечной деятельности:

кордиамин

дроперидол

адреналин

фуросемид

052.При остановке сердечной деятельности наиболее эффективно сочетание препаратов:

атропин, мезатон, гидрокарбонат натрия

эуфиллин, калия хлорид, гидрокарбонат натрия

адреналин, атропин, гормоны, сода

кальция хлорид, лидокаин, метазон

053.Показанием для назначения мезатона является:

наличие болевого синдрома

гипертония

возникновение тахикардии

наличие экстрасистолии

гипотония

054.Назовите препарат; вводимый внутрисердечно при СЛМР:

изадрин

адреналин

норадреналин

кордиамин

обзидан

055.Какой препарат не рекомендуется вводить одновременно с сердечными гликозидами:

комламин

дофамин

Эуфиллин

адреналин

056.Антагонистом опиатов является:

торгесик

стадол

налоксон

трамал

057.Антагонистом диазепинов является:

аннексат

тиосульфат натрия

бемегрит

058.Антагонистом какого препарата является анексат:

седуксен

тиопентал натрия

промедол

059.Антидотом для какой группы препаратов является налорфин:

диазепины

опиоиды

дыхательные аналептики

гипнотики

060.Для купирования болевого синдрома при ОИМ оптимальными препаратами являются:

антибиотики

спазмолитики

опиоидные наркотики

061.Показанием для назначения норадреналина является:

наличие болевого синдрома

гипертония

возникновение тахикардии

наличие фибрилляции

коллапс

062.Максимальным повреждающим действием на стенку вены обладает препарат:

тиопентал натрий

промедол

физиологический раствор NaCL

10% раствор хлорида кальция

063.При введении атропина наблюдается:

тахикардия

брадикардия

сужение зрачков

гиперсаливация

064.Для профилактики тромбозов применяют:

гепарин

фибринолизин

реополиглюкин

преднизолон

065.Для устранения брадикардии у новорожденного ребенка могут быть использованы:

адреналин

глюконат кальция

гидрокортизон

066.Антидотом атропина является:

прозерин

адреналин

эуфиллин

комламин

067.Антидотом какого препарата является протамина сульфат:

седуксен

промедол

гепарин

контрикал

068.Антидотом прозерина является:

атропин

адреналин

эуфиллин

069.При судорогах неотложная помощь заключается в введении:

эуфиллина

анальгина, димедрола

реланиума, ГОМК

антибиотиков

070.При отеке легких в качестве неотложной терапии применяют:

нитроглицерин

сульфкамфоин

атропин

лазикс

071. Для создания "гепариновой пробки" на 1 мл физиологического раствора набирают:

0,1 мл гепарина

2 мл гепарина

4 мл гепарина

0,2 мл гепарина

072.Для купирования судорожного синдрома у детей применяют:

фенобарбитал.

димедрол в/м.

седуксен в таблетках

седуксен в/в

073.Гепариновый замок для подключичных катетеров состоит из:

100 ед гепарина на 1 мл изотонического раствора натрия хлорид

500 ед гепарина на 1 мл изотонического раствора натрия хлорид

1000 ед гепарина на 5 мл изотонического раствора натрия хлорид

5000 ед гепарина на 5 мл изотонического раствора натрия хлорид

074.При герпетической инфекции у новорожденным наиболее эффективен...

ганцикловир

зовиракс

ремантадин

075.Для предупреждения травматического шока вводят:

атропин 0,1%,

промедол 2%

адреналин 0,1%

метазон 0,1%

076.Индекс Альговера при первой степени травматического шока составляет:

2 ЕД

3 ЕД

0,5 ЕД

1 ЕД

при этой степени не определяется

077.Индекс Альговера служит для определения:

степени интоксикации

степени кровопотери

степени обезвоживания

степени выраженности болевого синдрома

078.Препараты выбора при анафилактическом шоке:

антигистаминные

седативные

адреномиметики

спазмолитики

079.Основной симптом кардиогенного шока:

судороги

аритмия

коллапс

положительный симптом Воскресенского

080.Какой шок относится к гиповолемическим:

септический

ожоговый

кардиогенный

анафилактический

081.При каком виде шока наиболее выражена эректильная фаза:

ожоговый

травматический

анафилактический

септический

082.В первой фазе травматического шока АД:

всегда повышено

всегда критически снижено

нормальное или снижено незначительно

выраженная гипертензия

в пределах возрастной нормы

083.Для абдоминального варианта течения анафилактического шока характерно:

наличие симптомов отека мозга

наличие симптомов "острого живота"

наличие острой дыхательной недостаточности

наличие острой сердечно-сосудистой недостаточности

084.Для тяжелого анафилактического шока характерно:

молниеносное развитие клинической картины

наличие продромального периода

отсутствие низкого артериального давления

085.Основным симптомом анафилактического шока является:

аллергические высыпания на коже

нарушение дыхания

падение АД

отсутствие пульсации на периферических артериях

086.Если явления анафилактического шока развивались на фоне внутривенного введения лекарственного препарата, то в первую очередь необходимо:

введение препарата прекратить, иглу из места инъекции убрать

введение препарата прекратить, из вены не выходить

введение препарата прекратить, иглу из места инъекции убрать, пунктировать другую вену

введение препарата прекратить, иглу из места инъекции убрать, приложить холод

087.Какой путь введения лекарственных препаратов предпочтителен при оказании помощи больным с анафилактическим шоком:

внутривенный

внутримышечный

подкожный

ингаляционный

088.Укажите признаки гемотрансфузионного шока:

озноб, слабость

внезапно появившееся чувство жара во всем теле

боли в области сердца давящего характера

нарушение сознания

089.Препаратом выбора при анафилактическом шоке является:

адреналин

супрастин

хлористый кальций

эфедрин

090.Назовите средства, которые используют при анафилактическом шоке:

плазма нативная и свежезамороженная

антибиотики широкого спектра действия

адреналин, гормоны, антигистаминные препараты

холод к месту попадания аллергена

091.Для ожогового шока характерны:

гипертермия

нормальная температура тела

гиподинамия

анемия

092.При проведении инфузионной терапии у пациентов с кардиогенным шоком следует:

вводить жидкость из расчета суточной потребности

вводить только коллоидные растворы

вводить жидкость на 500 - 700 мл более суточной потребности

ограничить объем вводимой жидкости

093.Главным в неотложной помощи при травматическом шоке являются:

введение сердечных препаратов

обезболивание

кислородотерапия

полный покой

094.При анафилактическом шоке неотложную помощь следует начинать с введения:

полиглюкина

димедрола

адреналина

кордиамина

095.Определить примерную кровопотерю можно по:

ЧДД

систолическому давлению

диастолическому давлению

диурезу

096.Какой шок относится к гиповолемическим:

септический

дегидратационный

кардиогенный

анафилактический

097.При каком виде шока наименее выражена эректильная фаза:

ожоговый

травматический

анафилактический

септический

098.Какой потери от объема циркулирующей крови считается достаточным для

наступления смертельного исхода:

40%.

60%

80%

90%.

099.Укусы каких насекомых чаще всего вызывают анафилактический шок?:

укусы комаров

укусы клопов

ужаленные перепончатокрылыми

100.Что из перечисленного чаще всего вызывает анафилактический шок?:

глюкоза

физиологический раствор

пенициллин

101.Профилактика анафилактического шока у лиц с аллергической конституцией:

собирание аллергологического анамнеза

профилактическое назначение этим лицам антигистаминных препаратов

профилактическое назначение этим лицам глюкокортикостероидных препаратов

102.Чаще всего анафилактический шок развивается (особенно у детей) после употребления:

рыбы

капусты

творога

моркови

103.К обязательным противошоковым мероприятиям относятся:

применение адреналина

применение атропина

применение антибактериальных препаратов

104.Для церебрального варианта течения анафилактического шока характерно:

наличие симптомов "острого живота"

наличие острой дыхательной недостаточности

наличие симптомов отека мозга

наличие острой сердечно-сосудистой недостаточности

105. Основной клинический критерий, отличающий асфиктический вариант анафилактического шока от астматического статуса:

выраженность цианоза

тяжесть удушья

величина артериального давления

106.Мероприятия, направленные на предотвращение дальнейшего всасывания аллергена, заключаются:

применении препаратов атропина

применении ксантиновых производных

применении всего перечисленного

применении адреналина

107.Порядок мероприятий, проводимых при лечении анафилактического шока, начинается:

с транспортировки больного в медицинское учреждение

с оказания немедленной медицинской помощи на месте

с вызова специализированной бригады "скорой помощи"

108.С какого препарата начинают лечение отека Квинке:

адреналина

сердечных гликозидов

b2-адреностимуляторов

109.Что лежит в основе анафилактического шока:

реакция антиген – антитело

инфекция

наследственные факторы

110.Редко встречающийся вид шока у детей:

инфекционно-токсический шок

травматический шок

кардиогенный шок

анафилактический шок

111.При второй степени травматического шока индекс Альговера составляет:

0,5 ед

1 ед

2 ед

1,5 ед

4 ед

112.Причинами травматического шока являются:

нервно-рефлекторное повреждение

психогенное повреждение

токсическое воздействие

полиэтиологическое расстройство

соматическое расстройство.

113.У пациента, находящегося в постреанимационном периоде, отмечается полное отсутствие сознания, он не реагирует ни на какие, в том числе болевые, раздражители. Это состояние характеризует неврологический термин:

кома

сопор

делирий

ступор

114.Обильное выделение пенистой мокроты окрашенной в розовый или желтый цвет указывает на:

отравление угарным газом

инородное тело в бронхах

острый ларингоспазм

отек легких

115.Выбор сосудистого доступа при травматическом шоке:

периферическая вена

катетеризация центральной вены

артерия

полость сердца

116.Основные принципы оказания помощи на догоспитальном этапе при травматическом шоке:

анестезия, инфузионная терапия

антикоагулянты, антибактериальная терапия

аналгезия, инфузионная терапия

транспортная иммобилизация

117.Пациенты после купирования анафилактического шока:

должны быть обязательно госпитализированы

госпитализации не подлежат

при полном купировании явлений шока могут быть оставлены под наблюдение участкового врача

направляются в дневной стационар

118.При коллапсе давление:

снижается систолическое до 80-50 мм рт.ст.

кратковременно повышается с последующим прогрессивным его снижением

не изменяется

снижается систолическое до 90 мм рт. ст.

119.Клинические симптомы коллапса:

артериальная гипотония

артериальная гипертония

гиперемия кожи

гиперкинезы

120.Последовательность симптомов при острой остановке кровообращения:

выключение сознания, появление судорог, расширение зрачков

расширение зрачков, выключение сознания, появление судорог

появление судорог, расширение зрачков, выключение сознания

расширение зрачков, появление судорог, выключение сознания

121.При синдроме аорто-кавальной компрессии:

опустить головной конец кровати и ввести адреналин

следует срочно готовить инфузию допамина

чаще всего достаточно наклонить больного на 15 - 20 градусов влево

срочно готовить набор для катетеризации подключичной вены

122.Симптом «очков» при тяжелой черепно-мозговой травме может указывать на:

внутримозговую травму

перелом основания черепа

отек головного мозга

ушиб головного мозга

123.При черепно-мозговой травме состояние комы развивается при:

трещине свода черепа

ушибе мозга

сотрясении мозга

подкожной гематоме

124.При переливании крови необходимо:

определить группу крови пациента и группу донорской крови

определить только группу крови пациента, т.к. группа донорской крови уже известна (этикетка на флаконе)

определить группу крови пациента, если она неизвестна (нет данных на истории болезни или в паспорте пациента)

использовать данные о группе крови из истории болезни пациента без их определения

125.Миоглобин оседает:

в почках, блокируя почечные канальцы и приводя к анурии

в печени, блокируя процессы и приводя к аутоинтоксикации организма

в почках, что приводит к изменению цвета мочи

в поджелудочной железе

126.Реакция агглютинации при определении резус-принадлежности по цоликлонам определяется через:

2 минуты

3 минуты

5минут

10 минут

127.Сроки и температурный режим хранения остатков трансфузионной среды после ее переливания:

24 часа, при +4оС, +8оС

48 часов, при +4оС, +8оС

1 месяц, при –20оС

3 месяца, при –20оС

128.Показания к переливанию крови и кровезаменителей:

анафилактический шок

ожоговый шок, травматический шок, острая кровопотеря

кардиогенный шок

тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

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

переливание консервированной донорской крови со сроком хранения до

3-х суток

введение гормонов, противошоковых средств, кровезаменителей и спазмолитиков

введение антигистаминных средств

введение большого количества гипертонического раствора

130.Биологическая проба при переливании крови и ее компонентов проводится:

капельно по 15 – 20 мл 3 раза

струйно по 25 мл 3 раза

струйно по 15 мл 3 раза

струйно по 10 мл 3 раза

131.При переливании плазмы реципиенту необходимо:

проведение пробы на совместимость по системе АВО

проведение биологической пробы

переливание плазмы в соответствии резус – принадлежности

проведение пробы на Келли - антиген

132.Назовите первичные клинические признаки осложнения при переливании несовместимой крови больному:

остановка дыхания и сердечной деятельности

рвота и кровохарканье, потеря сознания

выраженное беспокойство, озноб, боли за грудиной, пояснице, одышка, гиперемия лица, тахикардия, резкое падение артериального давления (АД)

резкое падение артериального давления (АД), рвота, кровохарканье, потеря сознания

133.Консервированную кровь, эритроцитарную массу, нативную плазму, альбумин хранят при температуре:

комнатной

от +5оС до +8оС

от +4оС до + 6оС

от +1оС до + 2оС

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

АВ (IV) О

А (II) β

В (III) - α

О (I) α β

135.Наиболее тяжелая трансфузионная реакция наблюдается при:

переливании крови иной группы

переливании крови сроком хранения 21 день

острой почечной недостаточности

нарушении свертывающей системы крови больного

136.Лечение острой кровопотери начинают с переливания:

эритроцитарной массы

донорской крови

кристаллоидных растворов

коллоидных растворов

137.Вливание 1 л физиологического раствора увеличивает объем циркулирующей крови на:

1000 мл

750 мл

500 мл

250 мл и менее

138.III группа крови определяется наличием:

агглютинина α и агглютиногена В

агглютинина αи агглютиногена А

агглютининаβ и агглютиногена В

агглютинина β и агглютиногена А

139.Для каждого определения группы крови необходимо применять:

по одной серии цоликлонов анти-А и анти-В

по две серии цоликлонов анти-А и анти-В

произвольное количество серий цоликлонов

столько серий цоликлонов, сколько принято в нормативных документах данного лечебного учреждения

140.Реакция агглютинации с цоликлонами наступает в среднем через:

30 секунд

5 минут

5 секунд

20 минут

141.При переливании крови необходимо:

определить группу крови пациента и группу донорской крови

определить только группу крови пациента, т.к. группа донорской крови уже известна (этикетка на флаконе)

определить группу крови пациента, если она неизвестна (нет данных на истории болезни или в паспорте пациента)

использовать данные о группе крови из истории болезни пациента без их определения

142.Абсолютным показанием к переливанию эритромассы является уровень гемоглобина равный:

90 г/л

85 г/л

70 г/л

80 г/л

143. Частая причина трансфузионных реакций на переливание крови:

нарушение свертывающей системы крови пациента

переливание иногруппной крови

острая почечная недостаточность

144.Наибольшую тромбоопасность представляют центральные венозные катетеры, приготовленные из:

полиуритана

полиэтилена

силикона

поливинилхлорида

145.Указать концентрацию раствора глюкозы, который является изотоническим:

3%

4,2%

5%

10%

146.Коррекция метаболического ацидоза проводится путем внутривенной инфузии:

0,9% физиологического раствора

10% раствора глюкозы

5% раствора глюкозы

4% раствора бикарбоната натрия

147.Критерий оценки инфузионной терапии у пациентов, поступивших в плановом порядке проводится по:

частоте сердечных сокращений

часовому диурезу

уровню глюкозы в крови

центральному венозному давлению

148.О нарушениях микроциркуляции судят по:

симптому белого пятна

ЧСС

переполнению яремных вен

наполнению периферического пульса

149.Основная задача начального этапа инфузионной терапии при большинстве патологических состояний состоит в:

устранении дефицита калия

восстановлении объема циркулирующей крови

восстановлении объема экстрацеллюлярной жидкости.

восстановлении объема циркулирующих эритроцитов

150.Способы выведения больного из гипогликемической комы:

дополнительное введение инсулина

в/в введение 40% р - ра глюкозы 40 мл.

в/в введение 0,9 % р-ра хлорида натрия

п/к введение 0.1 % р-ра адреналина 1,0

в/м введение 5% р-ра фруктозы 10мл.

151.Можно ли по пульсу и систолическому давлению определить примерную кровопотерю:

да

нет

необходимо дополнительно измерить ЦВД

измерить дополнительно минутный объем

измерить дополнительно давление заклинивания

152.Чем следует промывать желудок ребенку при отравлении неизвестной этиологии?:

водой с добавлением активированного угля

чистой водой

раствором соды

раствором марганца

153.Экстренное промывание желудка в случае отравления проводится:

в первые 2 часа после поступления яда в желудочно-кишечный тракт

в первые 12 часов после поступления яда в желудочно-кишечный тракт

независимо от времени, прошедшего с момента поступления яда в желудочно-кишечный тракт

если была самопроизвольная рвота, то промывание можно не проводить

154.Необходимое количество жидкости для промывания желудка ребенку старше года:

500 мл на год жизни

1л на год жизни

200 мл на кг массы тела

1л на кг массы тела

155.Детям с острым отравлением в первую очередь необходимо:

вызвать рвоту

промыть желудок

сделать очистительную клизму

собрать анамнез

156.При отравлении ядами прижигающего действия промывание желудка через зонд проводится в сроки после отравления до:

3 суток

2 суток

12 часов

24 часов

157.Этиловый спирт является антидотом:

при отравлениях ФОС

при отравлениях уксусной эссенцией

при отравлениях метанолом

при отравлениях сердечными гликозидами

при отравлениях двуокисью углерода

158.Ребенку с отравлением в состоянии комы промывание желудка проводят:

с опущенной головой

с приподнятой головой

в положении на боку

после интубации трахеи

159.При энтеральном отравлении необходимо в первую очередь:

обеспечить покой

наладить ингаляцию кислорода

промыть желудок

ввести тонизирующие препараты

160.При парентеральном отравлении в первую очередь необходимо:

начать инфузионную терапию

обеспечить полный покой

дать активированный уголь

промыть желудок

161.Антидотная терапия проводится:

в любой период с момента отравления

в первые часы после отравления

в течении суток с момента отравления

в первые часы и только при отравлении прижигающими ядами

162.Для вызывания рвоты у детей при отравлениях нельзя пользоваться:

раствором поваренной соли

раствором сухой горчицы

апоморфином

раствором марганц

163. Промывание желудка у ребенка с отравлением в бессознательном состоянии недопустимо:

в положении на боку с опущенной головой

в положении на спине

после идентификации яда

после интубации трахеи

164.Продолжительность латентного периода при отравлении бледной поганкой:

15-30 мин

1-2 часа

6-12 часов

12-24 часа

165.Ведущий синдром при отравлении бледной поганкой:

судорожный синдром

отек легких

острая почечная недостаточность

острая печеночная недостаточность

166.К ядовитым растениям при отравлении которыми у детей появляются гиперемия кожных покровов, галлюцинации и расширение зрачка, относится:

ландыш майский

дурман

вех ядовитый

167.Для детей, отравленных барбитуратом, соответствующим лекарственным средством является:

атропин

бемегрид

налорфин

протамин сульфат

168.Для детей, отравленных ФОС, соответствующим лекарственным средством является:

атропин

бемегрид

налорфин

протамин сульфат

169.Эффективный метод детоксикации при большинстве острых отравлений у детей:

гемосорбция

форсированный диурез

перитонеальный диализ

заменное переливание крови

170.От употребления ребенком каких ОВ наиболее часто происходят случайные отравления?

препаратов бытовой химии

растительных ядов

ядовитых грибов

лекарственных препаратов

171.Что необходимо установить в первую очередь на месте обнаружения остро отравленного:

вид яда

количество яда, попавшего в организм

путь введения

концентрацию яда

опасные для жизни проявления отравления

172.При оказании помощи ребенку с гипертермическим синдромом противопоказано:

согревание

применение краниоцеребральной гипотермии.

применение пузыря со льдом.

обтирание кожи 40-50% спиртовым раствором

173.При развитии гипоксии у ребенка прежде всего надо:

согреть ребенка

освободить дыхательные пути.

вести кофеин, камфору

174.При коллапсе ребенку вводят:

папаверин 2%

дибазол 0,5%

адреналин 0,1%

175.Продолжительность периода новорожденности составляет:

1 мес.

4 мес

6 мес.

12 мес.

176.Наиболее частой причиной развития пиелонефрита у детей является:

стрептококк

кишечная палочка

синегнойная палочка

гонококк

177.Больной корью опасен как источник инфекции в:

продромальном периоде и в разгар болезни

начале инкубации

периоде реконвалесценции

178.Для капиллярного кровотечения характерно:

темная кровь, вытекающая равномерной струей

алая кровь, вытекающая пульсирующей струей

слабое кровотечение из всей раневой поверхности

массивное, обильное кровотечение из внутренних органов

179.Как называется скопление крови в брюшной полости:

гемартроз

гемоторакс

гемопеританеум

гемоперикардиум

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

повернута в бок

запрокинута назад

согнута вперед

в исходном положении

181.Способы выведения больного из гипогликемической комы:

дополнительное введение инсулина

в/в введение 40% р - ра глюкозы 40 мл.

в/в введение 0,9 % р-ра хлорида натрия

п/к введение 0.1 % р-ра адреналина 1,0

в/м введение 5% р-ра фруктозы 10 мл.

182.При какой площади ожога развивается ожоговая болезнь у детей?:

10% поверхности тела

более 10% поверхности тела

20% поверхности тела

183.Если явления анафилактического шока развивались на фоне внутривенного введения лекарственного препарата, то в первую очередь необходимо:

введение препарата прекратить, иглу из места инъекции убрать

введение препарата прекратить, из вены не выходить

введение препарата прекратить, иглу из места инъекции убрать, пунктировать другую вену

введение препарата прекратить, иглу из места инъекции убрать, приложить холод

184.При ожогах 3-4 степени необходимо проводить

профилактику столбняка

антирабические прививки

профилактику столбняка + антирабические прививки

при воздействии высоких температур прививки проводить не надо

185.Укажите признаки «знаков» («меток») тока:

округлой формы желтовато-серые пятна, гиперемия вокруг пятна, повышенная кожная чувствительность в пятне

округлой формы желтовато-серые пятна, гиперемии вокруг пятна нет, снижение кожной чувствительности в пятне

на фоне темной «пергаментной» кожи округлой формы желтовато-серые пятна, резкая боль

на фоне бледной «мраморной» кожи округлой формы желтовато-серые пятна, снижение кожной чувствительности

186.При тяжелой электротравме у пострадавшего может наступить апноэ в результате:

полного расслабления дыхательной мускулатуры при длительном контакте с источником тока

поражения межреберных мышц при прохождении петли тока через грудную клетку

тетанического спазма дыхательной мускулатуры при длительном контакте с источником тока

поражения легких при прохождении петли тока через грудную клетку

187.Ведущим симптомом почечной колики является:

резь при мочеиспускании

ноющие боли в пояснице

частое мочеиспускание

высокая температура

приступообразные острые боли

188.Ранним симптомом начавшегося желудочного кровотечения является:

мелена

напряжение мышц передней брюшной стенки

рвота желудочным содержимым цвета "кофейной гущи"

брадикардия

коллапс

189.Белый или серый цвет пены, выделяющейся из верхних дыхательных путей при асфиксическом утоплении, обусловлен:

диффузией в альвеолы белков и воды из кровеносного русла

угнетением центральной нервной системы, в результате чего смыкается голосовая щель, и вода в легкие практически не поступает

раскоординацией дыхания в процессе утопления: пострадавший пытается дышать как над поверхностью воды, так и в толще воды

диффузией в альвеолы крови

190.Наиболее грозное осложнение, которое может возникать при ранении вен шеи:

воздушная эмболия

тромбоэмболия

флебит

тромбофлебит

191.Максимальное время наложение жгута:

1 час

30 минут

2 часа

15 минут

192.Признак, не характерный для приступа бронхиальной астмы:

спокойное, ритмичное дыхание

затрудненное дыхание в покое, одышка

принятие вынужденного положения

наличие громких, свистящих хрипов

193.Профилактика столбняка проводится:

при любых ранениях

только в тех случаях, когда рана или ранящий предмет имели непосредственный контакт с почвой

только при укушенных ранах

только при огнестрельных ранах

194.Антирабические прививки проводятся:

при любых ранах

только при укушенных ранах

при рвано-ушибленных и укушенных ранах

при укушенных и огнестрельных ранах

195.Для стенозирующего ларинготрахеита характерно:

влажный кашель

«лающий» кашель

экспираторная одышка

гипертермия

196.Стенозирующий ларинготрахеит чаще проявляется у детей с:

рахитом

анемией

гипотрофией

аллергическим диатезом

197.Для одышечно-цианотического приступа не характерно:

усиление цианоза

одышка

тахикардия

брадикардия

198.При ранении вен шеи необходимо:

наложить тугую давящую повязку

применить пальцевое прижатие сосуда

наложить тугую давящую повязку с противоупором со здоровой стороны

затампонировать рану подручными средствами

199.Если пострадавший с артериальным кровотечением транспортируется в лечебное учреждение лицом, наложившим жгут, то:

дату и время наложения жгута можно не указывать

необходимо обязательно указать (письменно, записочкой) дату и время наложения жгута

дату наложения жгута указывать не обязательно, обязательно указать (письменно) время наложения жгута

в приемном отделении необходимо сообщить время наложения жгута

200.Первая помощь при термическом ожоге III площадью 30% включает:

наложение повязки, антибактериальная терапия обезболивание

прекращение действия поражающего агента, обезболивание, инфузионная терапия

инфузионная терапия, обезболивание, наложение повязки

201.Помощь новорожденному с асфиксией медицинская сестра начнет с:

отсасывания слизи из верхних дыхательных путей

дачи кислорода

ИВЛ

массажа сердца

202.При развитии сна после эпилептического припадка пациента:

не следует будить

следует разбудить

необходимо срочно госпитализировать

если находится дома – не будить, если вне дома – осторожно разбудить и отправить домой

203.Клонические судороги при эпилептическом припадке характеризуются:

хаотичным сокращением мышц

упорядоченным сокращением мышц

сокращением мышц только одной половины туловища

опистотонусом

204.Необходимое количество жидкости для промывания желудка ребенку старше года

500 мл на год жизни

1 л на год жизни

200 мл на кг массы тела

1л на кг массы тела

205.Заболевание, при котором могут развиться судороги

гипотрофия

омфалит

анемия

родовая травма

206.Стенозирующий ларинготрахеит чаще проявляется у детей с

рахитом

анемией

гипотрофией

аллергическим диатезом

207.Для стенозирующего ларинготрахеита нехарактерно

влажный кашель

«лающий» кашель

экспираторная одышка

гипертермия

208.Медсестра поступит правильно, если оказание помощи ребенку при гипертермии начнет с

выпаивания

раздевания

введения жаропонижающих средств

растирания кожи 40% спиртовым раствором

209.При проведении наружного массажа сердца новорожденному число компрессий равно в 1 минуту:

60 - 70

80 - 100

100 - 120

120 – 140

210.Местом проведения внутрисердечного укола у ребенка 4 лет является:

IV межреберье

III межреберье

IV межреберье

VI межреберье

211.При оказании помощи ребенку с гипертермическим синдромом противопоказано:

согревание

применение краниоцеребральной гипотермии

применение пузыря со льдом

обтирание кожи 40-50% спиртовым раствором

212.При какой площади ожога III ст. развивается ожоговая болезнь у детей?

10% поверхности тела

более 10% поверхности тела

20% поверхности тела

213.Развитие печеночной комы у детей возможно при:

вирусном гепатите

шоке

отравлении дихлорэтаном

фторотановом наркозе

214.Для подбора возрастных доз анестетиков у детей используют так называемый "дозис-фактор". Его сущность заключается в:

расчете доз по возрастному фактору

учете роста ребенка

учете взаимоотношений между ростом и весом

применении возрастного коэффициента расчета доз на единицу массы тела

215.Противоотечная терапия при черепно-мозговой травме у детей показана потому, что она предотвращает:

нарастание гематомы

развитие отека мозга

нарастание внутричерепного давления

216.Нормальная суточная потребность в воде здорового новорожденного в возрасте 15 дней:

80 мл/к

100 мл/к

140 мл/к

200 мл/к

217.Спинномозговая пункция является первоочередным диагностическим мероприятием у детей при:

подозрении на внутричерепное кровоизлияние

судорожном статусе

длительно существующем отеке мозга

подозрении на менингит

218.Снизить объем инфузионной терапии новорожденному, подвергающемуся фототерапии синим светом по поводу желтухи при прочих равных условиях, следует на:

0%

30%

15%

10%

219.Наиболее типичным в клинике бронхиальной астмы у детей раннего возраста является:

множество влажных хрипов

сухие хрипы в легких

затрудненный вдох

затрудненный выдох

220.Состояние большого родничка при инфекционном токсикозе у детей грудного возраста с кишечной инфекцией:

западает

выбухает и нередко пульсирует

выполнен

западает и пульсирует

221.К лекарственным веществам, наиболее безопасным для снижения температуры у детей любого возраста, следует отнести:

салицилаты

анальгин

амидопирин

парацетамол

222. К развитию генерализованных судорог у детей приводит:

эпилепсия

энцефалит

ангина

кровоизлияние в мозг

223.Наилучший эффект при подсвязочном отеке у детей бывает при использовании:

диуретиков

5% глюкозы

симпатомиметиков

парокислородных ингаляций

224.При развитии у ребенка наряженного пневмоторакса органы средостения:

смещаются в сторону поражения

смещаются в сторону здорового легкого

остаются на месте

могут смещаться как в сторону поражения, так и в сторону здорового

225.Пункцию для внутрисердечного введения адреналина ребенку 2-х лет производят по левому краю грудины:

в 5-м межреберье

в 4-м межреберье

в 3-м межреберье

2-м межреберье

226.При проведении оксигенотерапии новорожденному ребенку кислородная палатка должна быть расположена:

над головой ребенка

над головой и грудной клеткой ребенка

над головой, грудной клеткой и животом

над всем телом ребенка

227.Какую патологию следует исключить в первую очередь при развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток:

метаболические нарушения

гнойный менингит

родовую травму ЦНС

порок развития головного мозга

228.При условии адекватной искусственной вентиляции легких показаниями к непрямому массажу сердца у ребенка 1 года является резкая брадикардия (менее 80 в мин), сохраняющаяся в течение:

30-60 сек

2-3 мин

4-5 мин

10 мин

229.Какие показатели свидетельствуют о развитии у новорожденного ребенка острой почечной недостаточности:

анурия в течение первых 32 часов жизни

снижение скорости диуреза менее 1 мл/кг/ч

снижение скорости диуреза менее 0.5 мл/кг/ч в сочетании с увеличением уровня креатинина в сыворотке крови

230.При каком характере повреждения костей черепа у детей часто наблюдается эпидуральная гематома?

при переломе только внутренней пластинки

только при линейном переломе

при переломе костей свода черепа

при переломе основания черепа

231.Наиболее важным признаком отличия коматозного состояния от сопорозного у детей является:

судороги

отсутствие декортикационной ригидности

невозможность разбудить ребенка

нарушение витальных функций

232.Достоверный признак перелома основания черепа у детей:

потеря сознания

очаговая неврологическая симптоматика

многократная рвота

оториноликворея

233.Частая причина генерализованных судорог у детей раннего возраста:

гнойный менингит

гипертермический синдром

острое отравление

234.С применения какого препарата следует начинать синдромную терапию при гипертермии у детей?:

аминазина

дроперидола

анальгина

пипольфена

ибупрофена

235.Укажите три наиболее частые причины острой дыхательной недостаточности у детей до 3 лет:

пневмония

бронхиальная астма

отравления

236.После оказания первой помощи при электротравме пострадавшего:

отправляют домой

отправляют в поликлинику

транспортируют в стационар

отставляют на месте

237.Чем в основном характеризуется ранний период СДР:

быстрым развитием ОПН

выраженными местными изменениями тканей

выраженными гемодинамическими расстройствами

238.Асфиксическое утопление это:

попадание жидкости в ТБД

рефлекторная остановка сердца

лагингоспазм

239.Судорожная стадия общего переохлаждения наступает при температуре тела:

35,0 С

34,0 С

33,5 С

29,0 С

240.Первая помощь при отморожении:

согревание, обезболивание, антибактериальная терапия

наложение термоизолирующей повязки, обезболивание, сосудорасширяющие препараты

согревание, инфузионная терапия, горячее питье

241.Первые мероприятия при ожоге площадью 30%:

обезболивание, перевязка, инфузионная терапия

инфузионная терапия, перевязка, обезболивание

перевязка, инфузионная терапия, обезболивание

242.Индекс Франко определяет:

степень ожога

глубину поражения

прогноз для жизни

степень ожогового шока

243.В течении ожоговой болезни различают:

2 периода

3 периода

4 периода

не выделяют периоды

244.Чем в основном характеризуется промежуточный период СДР:

течением ОПН

выраженными местными изменениями тканей

выраженными гемодинамическими расстройствами

245.Синкопальное утопление это:

попадание жидкости в ТБД

рефлекторная остановка сердца

лагингоспазм

246.Появление на ожоговой поверхности пузырей с геморрагическим содержимым говорит о наличии ожога:

II ст.

III ст.

IV ст.

I ст.

247.При отморожении не рекомендуется:

согревание

наложение термоизолирующей повязки

инфузионная терапия, горячее питье

248.Крайне тяжелая форма СДР развивается при:

сдавлении сегмента конечности до 4 ч.

сдавлении более одной конечности до 4 ч.

сдавлении более одной конечности до 7 ч.

сдавлении более одной конечности более 8 ч.

249.Оказание доврачебной помощи при СДР начинается с:

обезболивания

наложение жгута выше места сдавливания

тугого бинтования конечности

инфузионной терапии

250.После оказания первой помощи при электротравме пострадавшего:

отправляют домой

отправляют в поликлинику

транспортируют в стационар

отставляют на месте

251.От чего зависит развитие отека конечностей при СДР:

нарастание ацидоза

выраженной плазмапотери

уменьшение диуреза

252.Сколько периодов различают в течении СДР:

четыре

два

три

253.С чего нужно начинать после извлечения пострадавшего из воды:

с констатации клинической смерти

с проведения ИВЛ «рот в рот»

с приема Геймлиха

с наружного массажа сердца

с обеспечения проходимости верхних дыхательных путей

254.Оказание помощи пострадавшему от электротока начинают с:

инъекции кордиамина

искусственного дыхания

освобождение пострадавшего от воздействия источника тока

непрямого массажа сердца

255.Судорожная стадия общего переохлаждения наступает при температуре тела:

35,0 С

34,0 С

33,5 С

29,0 С

256.Для теплового коллапса характерно:

влажная кожа, узкие зрачки

сухая кожа, широкие зрачки

повышение АД

брадикардия

257.Укажите клинические проявления термических ожогов 4 степени:

темно-коричневый плотный струп, кожа вокруг темная, просвечивают тромбированные подкожные вены, сильная боль

темно-коричневый плотный струп, кожа вокруг струпа практически не изменена, боль умеренная

кожа темная, до черного цвета, мумификация пораженного участка, чувствительности в пораженном участке нет

беловатый, рыхлый струп, кожа вокруг струпа гиперемирована, боль умеренная

258.Площадь ладонной поверхности кисти человека составляет:

1%

2%

9%

18%

259.Утопление – это один из видов:

острой дыхательной недостаточности

острой сердечно-сосудистой недостаточности

хронической дыхательной недостаточности

нарушения деятельности центральной нервной системы

260.Механизм поражения легких при истинном утоплении складывается из

непроизвольных вдохов под водой и аспирации воды в легкие

остановки дыхания при падении пострадавшего в воду

возникновения рвоты и аспирации рвотных масс в легкие

рефлекторной остановки дыхания в результате раздражения каротидных синусов

261.При развитии синдрома длительного сдавления возможно развитие:

анурии

полиурии

ацетонурии

глюкозурии

262.Клиническая картина, возникающая при истинном утоплении:

пострадавшие бледные, дыхание и пульс не определяются

набухание шейных вен, выделение из верхних дыхательных путей розовой пены

набухание шейных вен, выделение из верхних дыхательных путей беловатой пены

263.При наличии каких причин может отмечаться синкопальное утопление?:

психоэмоциональные нарушения, стрессы

опьянение

внезапное падение в холодную воду

плохой навык плавания

264.Укажите клинические признаки синкопального утопления:

пострадавший резко (мертвенно) бледен

кожные покровы резко цианотичны

набухание шейных вен и вен плечевого пояса

пена из верхних дыхательных путей с примесью крови

265.Чем в основном характеризуется поздний период СДР:

быстрым развитием ОПН

выраженными местными изменениями тканей

выраженными гемодинамическими расстройствами

развитием гнойно-септических осложнений

266.При проведении трансфузионной терапии пациенту с ожогами вводят:

цельную кровь

эритромассу

солевые растворы

р-р соды

267.Признаком ожога верхних дыхательных путей при термической травме являются:

затруднение дыхания, осиплость голоса, ожоги лица

навязчивый кашель

ожоги верхних конечностей

гиперсаливация

268.С чего нужно начинать после извлечения пострадавшего из воды:

с констатации клинической смерти

с проведения ИВЛ «рот в рот»

с приема Геймлиха

с наружного массажа сердца

с обеспечения проходимости верхних дыхательных путей

269. Для теплового коллапса характерно:

влажная кожа, узкие зрачки

сухая кожа, широкие зрачки

повышение АД

брадикардия

270.Чаще всего встречаются ожоги:

электрические

термические

лучевые

химические

271.При определении площади поражения по правилу «девятки» передняя поверхность туловища составляет:

1%

9%

18%

27%

272.При ожогах какой степени необходимо проводить профилактику столбняка:

I ст.

II ст.

III ст.

273.Основные клинические проявления при поражении электротоком первой степени:

судороги мышц с потерей чувствительности, боль в месте контакта, потери сознания нет

потеря сознания, нарушения чувствительности, жизненно важные органы и системы не нарушены

потеря сознания с нарушениями жизненно важных систем

274.Четвертая степень СДР наступает при сдавлении:

двух конечностей более 8 часов

сегмента конечности до 4-х часов

одной нижней конечности до 6 часов

275.Пострадавший 12 лет, извлечен из холодной воды через 15 мин. после утопления без признаков жизни, какие меры вам необходимо предпринять:

не проводить АВС

срочно транспортировать пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение

немедленно приступить к проведению алгоритма АВС

создать дренажное положение, удалить воду из ротоглотки, энергично сжать несколько раз грудную клетку, приступить к проведению мероприятия, направленных на восстановление дыхания и кровоснабжения

транспортировать пострадавшего в морг

276.Первая медицинская помощь при истинном утоплении в морской воде:

дренажное положение

удаление воды из желудка зондом

вызывание искусственным путем рвоты для очищения желудка

ивл «рот в нос»

наружный массаж сердца

277.Частота дыхательных движений у ребенка 1 года в норме (за минуту):

16 – 20

20 – 25

30 – 35

40 – 60

278.Какова приоритетная цель ухода за ребенком с обструктивным бронхитом?:

нормализация температуры тела

восстановление аппетита

уменьшение одышки

уменьшение головной боли

279.Причиной геморрагического инсульта является:

травма черепа

интоксикация этиловым спиртом

жировая эмболия сосуда мозга

кровоизлияние в вещество головного мозга

обморок

280.Абсолютным признаком проникающего ранения черепа является:

положительный симптом Ровзинга

обильное кровотечение из раны

истечение из раны мозгового детрита и ликвора

тахиаритмия

гиперстезия

281.Проба Гведела определяет:

уровень артериального давления

состояние микроциркуляции

уровень гемоглобина

282.К временным способам остановки кровотечения относится все, кроме:

пальцевое прижатие

максимальное сгибание конечности

прошивание сосуда

наложение жгута

283.Какой путь введения инсулина не используется при кетоацидотической коме?:

подкожно

в/в струйно

в/в капельно

284.Инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет:

1 неделя

от 3-х недель до 3-х месяцев

более 1 года

285.Основные клинические симптомы спонтанного пневмоторакса - это:

боли в груди и одышка

боли в груди, затрудненное дыхание, кашель с мокротой

лихорадка, сухой надсадный кашель, боли в груди

лихорадка, кашель с мокротой, боли в груди и одышка

286.Укажите общие признаки кровопотери:

слабость, бледность, тахикардия, снижение АД

слабость, бледность, брадикардия, снижение АД

потеря сознания, тахикардия, снижение АД

потеря сознания, брадикардия, снижение АД

287.По отношению к ране артериальный жгут накладывают:

выше раны

ниже раны

уровень наложения не имеет значения

можно наложить непосредственно на рану поверх повязки

288.Анизокория – это:

двоение в глазах

неодинаковые размеры зрачков (широкий и узкий)

расширенные зрачки

изменение формы зрачка с круглой на вертикальную

289.Укажите тип одышки во время приступа бронхиальной астмы:

экспираторная

инспираторная

смешанная

стридорозная

290.При экспираторной одышке:

затруднен вдох

затруднен выдох

затруднен и вдох, и выдох

меняется только частота дыхания

291.Сердечная недостаточность обусловлена нарушением следующей функцией сердца:

автоматизма

проводимости

сократимости

возбудимости

292.Острая дыхательная недостаточность при истинном (альвеолярном) отеке легких возникает в результате:

пропотевания плазмы крови в альвеолы

попадания жидкости в альвеолы (аспирация жидкости)

пропотевания форменных элементов крови в альвеолы

бронхоспазма

293.Характер дыхания пациента при альвеолярном отеке легких:

клокочущее

грубое сухое

слабое поверхностное

везикулярное

294.При альвеолярном отеке легких отмечается кашель с выделением мокроты:

пенистой розовой

обильной жидкой

вязкой стекловидной

«ржавой»

295.Одышечно-цианотические приступы чаще возникают при:

пороке сердца

аномалии почек

аскаридозе

пилороспазме

296.Для одышечно-цианотического приступа не характерно:

усиление цианоза

одышка

тахикардия

брадикардия

297.Клинические признаки обморока

внезапность развития

лихорадка

длительность

развивается постепенно

298.Сестринское вмешательство в первом периоде лихорадки:

дать жаропонижающие средства

поставить клизму с холодной водой

согреть, укрыв теплым одеялом

растирания кожи 20% спиртовым раствором

299.Для второго периода лихорадки характерно:

озноб

холодный липкий пот

чувство жара

резкое снижение АД

300.Признак, не характерный для приступа бронхиальной астмы:

спокойное, ритмичное дыхание

затрудненное дыхание в покое, одышка

принятие вынужденного положения

наличие громких, свистящих хрипов

301.Факторами передачи инфекции вирусного гепатита В являются:

молочные продукты

загрязненные кровью медицинские инструменты

мухи

вода

302.Препараты, назначенные «натощак», принимаются пациентом:

за 30 минут до еды

за 15 - 20минут до еды

за 10 минут до еды

непосредственно перед едой

303.Предметно-количественному учету подлежат лекарственные средства:

спирт борный

димедрол

дигоксин

сибазон

304.В рацион ребенка 1 - 3 лет ежедневно необходимо включать:

рыбу и рыбопродукты

кисломолочные продукты

яйца

макаронные изделия

305.Потребность ребенка раннего возраста в углеводах должна удовлетворяться за счет:

фруктов, овощей

хлеба, макаронных изделий

кондитерских изделий

круп

306.В питании ребенка с фенилкетонурией ограничивают продукты, содержащие аминокислоту:

триптофан

лизин

фенилаланин

лейцин

307.Первым блюдом прикорма для здорового ребенка является:

фруктовый сок

овощное пюре

молочная каша

кефир

308.По анатомической классификации различают следующие виды кровотечений:

артериальные, венозные

желудочные

легочные

носовые

309.Критерии правильности наложения артериального жгута:

уменьшение кровотечения

отсутствие пульсации на артерии ниже жгута

отсутствие пульсации на артерии выше жгута

сохранение слабой пульсации на артериях выше и ниже жгута

310.Что определяет шкала Ватерлоо:

прогноз для жизни

глубину ожога

вероятность развития пролежней

степень нарушения сознания

311.Сниженный объем циркулирующей крови называется:

гиповолемия

гиперволемия

гиперкапния

312.Брадикардией называется частота пульса у 15 летнего ребенка, равная:

100-120 уд/мин.

60-80 уд/мин.

50 уд/мин.

40 уд./мин.

313.Учащение дыхания обозначается термином:

брадипноэ

апноэ

диспноэ

тахипноэ

314.При венозном кровотечении необходимо применить:

наложение жгута

пальцевое прижатие

наложение давящей повязки

наложение асептической повязки

315.Обморок - это:

постепенно развивающаяся и длительно сохраняющаяся утрата сознания

внезапная и кратковременная утрата сознания

внезапно наступившая и длительная потеря сознания

резкое снижение артериального давления с нарушением сознания

316.Потенциальной проблемой ребенка, страдающего лимфатико-гипопластическим диатезом, является:

высокий риск развития аллергических заболеваний

нарушение дыхания

нарушение сна вследствие гипервозбудимости

синдром внезапной смерти

317.Приоритетной проблемой ребенка, страдающего нервно-артритическим диатезом является:

высокий риск развития аллергических заболеваний

гипервозбудимость, тики

задержка нервно-психического развития

опережение физического развития

318.Грудной тип дыхания характерен для детей:

до 1 года

раннего возраста

с 8 лет у мальчиков

с 8 лет у девочек

319.Механизм передачи инфекции при остром респираторном заболевании:

воздушно-капельный

контактно-бытовой

пищевой

гематогенный

320.При субфебрильной лихорадке температура не выше:

37,5°С

38,0°С

38,5°С

39,0°С

321.При обструктивном бронхите у детей развивается:

инспираторная одышка

экспираторная одышка

дыхание Куссмауля

дыхание Чейна-Стокса

322.Осложнением ларинготрахеита является:

пилоростеноз

стеноз гортани

пневмоторакс

плеврит

323.Возможное осложнение ринита у грудных детей:

отит

асфиксия

ложный круп

ангина

324.Стенотическое дыхание, изменение тембра голоса, грубый кашель наблюдается у детей при:

ларингостенозе

трахеите

бронхите

пневмонии

325.В этиологии ревматизма ведущая роль принадлежит:

золотистому стафилококку

β-гемолитическому стрептококку группы А

вирусам

зеленящему стрептококку

326.Какие лекарственные препараты применяются при острой сердечной недостаточности?:

антигистаминные

сердечные гликозиды

антибиотики

седативные

327.Ребенку с декомпенсированным пороком сердца, находящемуся на строгом постельном режиме, полную санитарную обработку можно заменить:

лечебной ванной

душем

гигиенической ванной

обтиранием тела и подмыванием в постели

328.Причиной относительно низкого АД у детей является:

малый объем левого желудочка, широкие артерии

малый объем левого желудочка, узкие артерии

большой объем левого желудочка, широкие артерии

большой объем левого желудочка, узкие артерии

329.При ревматизме у детей преимущественно поражается:

сердце

почки

печень

кишечник

330.При острой сердечной недостаточности (отеке легких) у детей проводится:

оксигенотерапия

оксигенотерапия через пеногасители

постановка банок

постановка горчичников

331.Причиной поллинозов является:

пыльца растений

домашняя пыль

пищевые продукты

вирусы

332.Анафилактический шок у детей наиболее часто развивается после введения:

антибиотиков

витаминов

препаратов железа

препаратов кальция

333.При контакте с детьми, инвазированными гельминтами, возможно заражение:

аскаридозом

трихинеллёзом

трихоцефаллёзом

энтеробиозом

334.Одной из наиболее частых причин гастрита у детей является:

длительный прием салицилатов

пищевая аллергия

нерегулярное и неполноценное по составу питание

хронические заболевания печени и желчевыводящих путей

335.Болевой синдром при заболеваниях желчевыделительной системы у ребенка провоцирует:

перенесенное ОРВИ

переохлаждение

погрешность в диете

переутомление

336.Боли опоясывающего характера с иррадиацией в левую половину грудной клетки у ребенка характерны для:

острого панкреатита

острого холецистохолангита

хронического активного гепатита

желчной колики

337.Воспалительно-дистрофическое заболевание, поражающее тонкую и толстую кишку у детей- это:

проктит

тифлит

энтероколит

гастроэнтерит

338.Для диагностики аскаридоза исследуют:

перианальный соскоб

фекалии

рвотные массы

мочу

339.Ведущим симптомом острой кишечной непроходимости является:

«кинжальная» боль в животе

ноющая боль в животе

схваткообразные боли в животе синхронно с усилением перистальтики

частый жидкий стул

340.На электроды дефибриллятора накладываются салфетки, смоченные в:

физиологическом р-ре

водопроводной воде

глюкозе

реополиглюкине

341.При асистолии на ЭКГ отмечается:

отрицательный зубец Т

снижение вольтажа

прямая линия

положительный зубец Т

342.Количество мочеиспусканий у новорожденных детей в сутки составляет:

10 – 20 раз

20 - 25 раз

7 – 15 раз

30 – 40 раз

343.Анализ мочи по Нечипоренко собирают:

утром после туалета промежности в чистую посуду

в течении 3 часов в одну банку

после туалета промежности, в чистую посуду, среднюю порцию струи мочи

в течение суток через каждые 3 часа

344.При гломерулонефрите преимущественно поражаются:

мочеточники

чашечно-лоханочная система

клубочки почек

уретра

345.Распространенные периферические отеки, асцит в сочетании с массивной протеинурией у детей наблюдается при синдроме:

дизурическом

нефротическом

гипертоническом

абдоминальном

346.Появление у детей одновременно с гематурией гипертензии, отеков характерно для:

гломерулонефрита

цистита

пиелонефрита

нефроптоза

347.Для протеинурического варианта мочевого синдрома у детей характерно преобладание в моче:

лейкоцитов

эритроцитов

сахара

белка

348. Укажите Вашу тактику при проникающем ранении передней брюшной стенки в случае выпадения в рану частей сальника:

обезболить, вправить части сальника в брюшную полость, асептическая повязка

обезболить, выпавшие части сальника закрыть повязками с физиологическим раствором, сухими повязками, фиксировать к краям раны

выпавшие части сальника закрыть повязками с физиологическим раствором, сухими повязками, фиксировать к краям раны, обезболивание не проводить, т.к. имеется патология органов брюшной полости

обезболить, выпавшие части сальника закрыть повязками с физиологическим раствором

349.Профилактика столбняка проводится:

при любых ранениях

только в тех случаях, когда рана или ранящий предмет имели непосредственный контакт с почвой

только при укушенных ранах

только при огнестрельных ранах

350.Антирабические прививки проводятся:

при любых ранах

только при укушенных ранах

при рвано-ушибленных и укушенных ранах

при укушенных и огнестрельных ранах

351.Вторичный обструктивный пиелонефрит у детей развивается на фоне:

аномалии почек и мочевых путей

обменных нарушений в организме

частичного иммунодефицитного состояния

свободного оттока мочи

352.Концентрационная способность почек у детей определяется результатом пробы:

по Аддису-Каковскому

по Нечипоренко

ортостатической

по Зимницкому

353.Для контроля за динамикой отечного синдрома при гломерулонефрите у детей следует:

ограничить прием жидкости

назначить бессолевую диету

регулярно определять массу тела ребенка и ежедневно измерять диурез

назначить принудительный ритм мочеиспусканий

354.Содержание гемоглобина у новорожденного в норме составляет:

115 – 120 г/л

126 – 140 г/л

180 – 240 г/л

215 – 250 г/л

355.Наиболее частая анемия в детском возрасте:

белководефицитная

железодефицитная

постгеморрагическая

гемолитическая

356.Заболевание крови с замедленной свертываемостью и повышенной кровоточивостью – это:

гемолитическая анемия

тромбоцитопатия

тромбоцитопеническая пурпура

гемофилия

357.Сочетание анемического, геморрагического синдромов, интоксикации, генерализованного увеличения лимфатических узлов, гепатоспленомегалии типично для детей с:

дефицитными анемиями

геморрагическим васкулитом

острым лейкозом

тромбоцитопенической пурпурой

358.При уходе за детьми с лейкозом особенно большое внимание уделяют:

лечебной физкультуре

санитарно-эпидемиологическому режиму

диетотерапии

режиму дня

359.При подкожном введении инсулин всасывается быстрее при инъекции в:

живот

плечо

бедро

ягодицу

360.Уровень глюкозы в крови повышают следующие компоненты пищи:

углеводы

жиры

белки

витамины

361.Медицинская сестра должна знать, что при подкожном введении инсулина в одно и то же место может развиться:

гематома

абсцесс

липодистрофия

отечность

362.Нормальный уровень глюкозы в крови натощак составляет:

1,2 – 3,2 ммоль/л

3,3 -5,5 ммоль/л

5,6 – 7,2 ммоль/л

7,3 – 8,5 ммоль/л

363.Пик действия инсулина короткого действия наступает с момента введения через:

1 – 1,5 часа

2 – 4 часа

5 – 6 часов

7 – 8 часов

364.При сахарном диабете у детей в общем анализе мочи наблюдаются:

высокая относительная плотность, гематурия

высокая относительная плотность, глюкозурия

низкая относительная плотность, бактериурия

низкая относительная плотность, лейкоцитурия

365.Недиагностированный сахарный диабет у детей ведет к развитию комы:

гипергликемической (диабетической)

гипогликемической

печеночной

уремической

366.При сахарном диабете у детей на коже появляется:

фурункулез

желтуха

анулярная эритема

акроцианоз

367.Для определения уровня глюкозы в крови ребенка следует направить в лабораторию:

через 10 минут после еды

через 20 минут после еды

через 30 минут после еды

натощак

368.Актрапид, химулин Р, рапид – это:

антибиотики широкого спектра действия

антигистаминные препараты

поливитамины

инсулины короткого действия

369.Инсулин необходимо хранить при температуре (°С):

от + 4 до + 6

от - 6 до - 4

от + 10 до + 12

от - 10 до + 12

370.Для кишечного эксикоза 2-й степени характерна потеря массы тела до:

5%

6-8%

9-10%

11% и более

371.Для кишечного эксикоза 3-й степени характерна потеря массы тела до:

5%

6-8%

9-10%

11% и более

372.Что из перечисленного НЕ характерно для синкопального состояния:

сохранение слухового восприятия при потере сознания

обратимость

утрата мышечного тонуса

кратковременность потери сознания

373.Какие клинические симптомы вызывает декомпенсированный метаболический

ацидоз?:

глубокое, шумное, резкое дыхание (тип Куссмауля)

рвота

дыхание типа тахипноэ

артериальная гипертония

374.Печеночная кома развивается в результате:

обширного фиброза

массивного некроза клеток печени

нарушения микроциркуляции с тромбообразованием

375.Первоочередной задачей при инородных телах пищевода являются:

промывание пищевода

хирургическое лечение

удаление инородного тела

противошоковая терапия

376.В определении кровотечения из желудка и 12-перстной кишки не имеют значения:

данные гастродуоденоскопии

наличие алой крови в кале

красно-коричневая окраска кала

мелена

377.В каких случаях синдром обезвоживания может сопровождаться шоком:

при длительном сохранении обезвоживания

при быстром развитии обезвоживания

при 2-й и 3-й степени обезвоживания

378.Решающий показатель в диагностике менингита:

присоединение инфекционно-токсического шока

острое начало заболевания с повышением температуры

изменения спинномозговой жидкости

острое начало заболевания с менингеальным синдромом

379.Отличие сопора от комы:

сохранность целенаправленных защитных двигательных реакций

отсутствие целенаправленных защитных двигательных реакций

отсутствие реакций на внешние раздражители

сохранность вербального контакта

380.Запах ацетона в выдыхаемом воздухе появляется при коме:

гипергликемической

гипогликемической

печеночной

уремической

381.После инъекции инсулина ребенок забыл поесть, через некоторое время у него появились чувство голода, потливость, тремор. Это признаки:

гипергликемической комы

гипогликемической комы

первого периода лихорадки

третьего периода лихорадки

382.При гипотиреозе отмечается функциональная недостаточность железы:

поджелудочной

щитовидной

гипофиза

вилочковой

383.Йод необходим для выработки гормонов:

инсулина

тестостерона

тироксина, трийодтиронина

тиреотропного

384.Для врожденного гипотиреоза характерны:

гипервозбудимость, тремор конечностей

опережение физического и нервно-психического развития

преждевременное половое развитие

задержка физического и нервно-психического развития

385.Тест толерантности к глюкозе проводится при диагностике:

гипотиреоза

скрытого сахарного диабета

явного сахарного диабета

фенилкетонурии

386.Источником инфекции при кори является:

больной в течение всей болезни

реконвалесцент

вирусоноситель

больной в катаральный период и первые 4 дня высыпаний

387.Первые элементы сыпи при кори появляются на:

лице

туловище

верхних конечностях

нижних конечностях

388.Локализация пятен Филатова – Коплика на:

слизистой оболочке щек

мягком небе

языке

губах

389.Сыпь при кори в период угасания:

не оставляет следов

оставляет пигментацию

оставляет шелушение

оставляет рубчики

390.Срок карантина при кори:

7 дней

14 дней

21 день

30 дней

391.Безусловный клинический признак перелома основания черепа:

кровянистый ликвор

ликворея из уха

кровотечение из уха

392.Длительность потери сознания при синкопальном состоянии:

1 мин

10 с

5 мин

3 мин

393.В определении открытой черепно-мозговой травмы ведущим является:

перелом костей свода черепа

перелом костей основания черепа

разрыв твердой мозговой оболочки

рана мягких тканей головы с повреждением апоневроза

394.К черепно-мозговой травме с характерным светлым промежутком относится:

подоболочечное кровоизлияние

ушиб головного мозга

родовая черепно-мозговая травма

внутричерепная гематома

395.Наиболее частое осложнение при использовании венозных катетеров:

травма катетером сердца

флебит

эмболия

пневмоторакс

396.Какой симптом при отеке гортани требует немедленной трахеотомии:

нарастающий цианоз

сухие хрипы в легких

боли при глотании

осиплость голоса

397.В каком положении необходимо транспортировать пострадавшего с подозрением на травму спинного мозга:

на спине

на боку с прижатыми к груди коленями

только сидя

на животе

транспортировка противопоказана

398.Что вам необходимо сделать при эпилептическом припадке?:

предупредить травмы

предупредить обтурацию вдп

предупредить прикус языка

купировать судороги

ввести аналептики

399.Под термином ортопноэ понимают:

усиление одышки в вертикальном положении

усиление одышки в горизонтальном положении

вынужденное сидячее положение, обусловленное тяжестью одышки

остановку дыхания при переходе из горизонтального положения в вертикальное

изменение чдд при перемене положения тел

400.Астматический статус характеризуется:

лающим кашлем

снижением ад

длительным приступом удушья с отсутствие положительного эффекта от проводимой терапии

потерей сознания с началом приступа бронхиальной астмы

инспираторной одышкой

401.Сыпь при ветряной оспе высыпает:

одномоментно

в течение 1-3 дней, поэтапно

в течение 3-7 дней, подсыпает точками

в течение первого дня

402.Карантин при ветряной оспе составляет:

7 дней

10 дней

14 дней

21 день

403.Укажите симптомы эпидемического паротита:

лихорадка, увеличение околоушных слюнных желез

кашель, лихорадка, увеличение подчелюстных лимфоузлов

катаральные явления, боль при глотании

лихорадка, сыпь

404.Срок изоляции больных эпидемическим паротитом составляет:

7 дней

9 дней

14 дней

21 день

405.Карантин при эпидемическом паротите накладывается на:

7 дней

14 дней

21 день

35 дней

406.Специфическая профилактика полиомиелита живой ослабленной вакциной проводится:

перорально

внутримышечно

внутрикожно

подкожно

407.Сыпь при ветряной оспе в течение болезни меняется следующим образом:

пятно – папула – пузырек – корочка

пятно – пузырек – корочка

пятно – пузырек – гнойничок – рубчик

пузырек – папула – корочка

408.Изоляция больных ветряной оспой прекращается:

через 5 дней от начала болезни

через 5 дней с момента последнего высыпания

после отпадения корочек

через 22 дня от начала болезни

409.Возбудитель краснухи является тропным к:

соединительной ткани

эмбриональной ткани

мышечной ткани

нервной ткани

410.Изоляция больных краснухой проводится на:

1 день

5 дней

7 дней

21 день

411.Возбудителем дифтерии является:

палочка Борде-Жангу

микоплазма

палочка Леффлера

энтеровирус

412.Длительность инкубационного периода при дифтерии составляет:

7дней

10 дней

15 дней

21 день

413.Истинный круп – это дифтерия:

зева

носа

гортани

414.Какова локализация отеков при нарушении кровообращения?:

лицо

шея

грудная клетка

нижние конечности

415.Для подтверждения диагноза дифтерии проводят бакпосев:

слизи из носа и зева

ликвора

мочи

кала

416.Возбудителем коклюша является бацилла:

Леффлера

Борде-Жангу

Коха

Флекснера

417.Источником инфекции при коклюше является:

вирусоноситель

больной коклюшем

бактерионоситель

домашние животные

418.Инкубационный период при острых кишечных инфекциях составляет:

7-10 дней

6 часов-7 дней

10- 14 дней

1-5 дней

419.Эшерихиозы вызываются:

непатогенной кишечной палочкой

ротавирусами

патогенной кишечной палочкой

клебсиеллой

420.Наибольшую эпидемиологическую опасность больной с гепатитом А представляет в период:

разгара

преджелтушный

инкубационный

реконвалесценции

421.Возбудителем полиомиелита является:

клебсиелла

вирус

энтерококк

риккетсия

422.Вирус гриппа обладает:

гепатотропностью

пневмотропностью

нейротропностью

дерматропностью

423.Преимущественное поражение трахеи у детей происходит при:

аденовирусной инфекции

гриппе

риновирусной инфекции

респираторно-синцитиальной инфекции

424.Судорожный синдром у детей чаще возникает при

аденовирусной инфекции

гриппе

риновирусной инфекции

респираторно-синцитиальной инфекции

425.Развитие ларингита с синдромом крупа у детей наблюдается при:

аденовирусной инфекции

парагриппе

риновирусной инфекции

респираторно-синцитиальной инфекции

426.Конъюнктивиты, вовлечение лимфатической системы у детей характерны для клиники:

аденовирусной инфекции

гриппа

риновирусной инфекции

респираторно-синцитиальной инфекции

427.После перенесенного инфекционного заболевания формируется иммунитет:

активный, искусственный

пассивный, искусственный

пассивный, естественный

активный, естественный

428.Наибольшей контагиозностью обладает:

дифтерия

менингококковая инфекция

скарлатина

корь

429.Ведущим признаком крупа у детей является:

лихорадка

гиперемия лица

инспираторная одышка

экспираторная одышка

430.Наиболее частым осложнением ОРВИ у детей является:

пневмония

лейкоз

сахарный диабет

туберкулез

431.Пигментация сыпи у детей наблюдается при:

ветряной оспе

кори

скарлатине

краснухе

432.Активную иммунизацию против кори проводят детям:

живой коревой вакциной

человеческим иммуноглобулином

туберкулином

аскорбиновой кислотой

433.Краснуха, возникшая в I триместре беременности, опасна развитием:

бронхиальной астмы у женщины

обострения пиелонефрита у женщины

сахарного диабета у женщины

врожденных пороков у ребенка

434.Продолжительность инкубационного периода при краснухе (дни):

2-3

4-5

7-10

15-24

435.Мелкая сыпь розового цвета, пятнистого характера, на неизмененном фоне кожи без тенденции к слиянию наблюдается при:

менингококковой инфекции

кори

краснухе

скарлатине

436.Возбудителем ветряной оспы у детей является:

вирус

стафилококк

микобактерия

шигелла

437.Продолжительность инкубационного периода при ветряной оспе у детей (дни):

1-10

10-21

22-30

30-40

438.Полиморфизм сыпи (пятно, папула, везикула) характерен для:

кори

краснухи

ветряной оспы

скарлатины

439.Для обработки везикул при ветряной оспе у детей медицинская сестра использует раствор:

димедрола

хлорида натрия

йода

бриллиантового зеленого

440.Детей в возрасте до 3 лет по контакту с ветряной оспой изолируют (дни) с:

1-го по 10-й

11-го по 21-й

22-го по 30-й

30-го по 40-й

441.Ангина у детей является постоянным симптомом:

гриппа

ветряной оспы

скарлатины

риновирусной инфекции

442.Какова типичная локализация сыпи при скарлатине?:

разгибательная поверхность конечностей, ягодицы

сгибательная поверхность конечностей, в естественных складках кожи

только на лице

равномерное расположение

443.Возбудителем дифтерии у детей является:

вирус

бактерия

микоплазма

амеба

444.Вынужденное положение ребенка на боку с запрокинутой головой и согнутыми ногами характерно для:

кори

краснухи

дифтерии

менингококкового менингита

445.Вирус гепатита А у детей обладает выраженной:

нейротропностью

гепатотропностью

нефротропностью

кардиотропностью

446.Источником инфекции при гепатите А у детей являются:

грызуны

больные животные

вирусоносители

больные люди

447.Потемнение мочи у детей, больных вирусным гепатитом А, отмечается к концу периода:

преджелтушного

разгара

постжелтушного

реконвалесценции

448. Продолжительность карантина для контактных по гепатиту А составляет:

35 дней

7 дней

14 дней

21 день

449.Редко болеют дизентерией дети:

до 1 года

1-3 лет

3-5 лет

5-7 лет

450.Жидкий стул с примесью слизи и прожилок крови у детей ("ректальный плевок") характерен для:

дизентерии

сальмонеллеза

энтеровирусной инфекции

эшерихиоза

451.Тенезмы характерны для:

колиинфекции

сальмонеллеза

дисбактериоза

дизентерии

452. Госпитализации подлежат дети, больные дизентерией в форме:

стертой

носительства

легкой

среднетяжелой

453.Вакцину БЦЖ вводят с целью иммунизации против:

кори

краснухи

дифтерии

туберкулеза

454.Доза введения вакцины БЦЖ:

0,1 мл

0,2 мл

0,5 мл

0,01 мл

455.Целью второго этапа реанимации при асфиксии новорожденного является:

восстановление проходимости дыхательных путей

восстановление внешнего дыхания

коррекция гемодинамических расстройств

коррекция метаболических расстройств

456.Факторы, способствующие акту сосания новорожденного ребенка:

комочки Биша, большой язык

комочки Биша, маленький язык

обильное слюнотечение, большой язык

обильное слюнотечение, маленький язык

457.Признак доношенности новорожденного:

ушные раковины мягкие

ушные раковины упругие

имеются густые пушковые волосы

половая щель зияет

458.Пушковые волосы на теле новорожденного это:

склерема

стридор

лануго

тризм

459.Фактор, предрасполагающий к развитию сепсиса у новорожденных:

внутриутробные инфекции

многочисленные аборты в анамнезе

переношенность

искусственное вскармливание

460.Причиной возникновения пиелонефрита не являются:

врожденные аномалии почек и мочевыводящей системы

заболевания щитовидной железы

обменные нефропатии

вульвовагиниты

461.Постуральный дренаж – это:

дренирование плевральной полости подводным дренажом

дренирование плевральной полости трубкой с клапаном

дренирование плевральной полости с активной аспирацией

особые положения больного, обеспечивающие отток мокроты из трахеобронхиального дерева

462.Первая помощь при острой боли в животе:

принять анальгин

срочно вызвать врача

тепло на живот

сделать очистительную клизму

463.К симптомам кандидозного стоматита относят:

кровоизлияния

белый творожистый налёт

сероватые бляшки с красным ободком

лихорадка

464.Возбудитель туберкулеза:

вирус

микобактерия

риккетсия

клостридия

465.Вакцинация туберкулеза проводится вакциной:

АКДС

ЖКВ

ОПВ

БЦЖ

466.Ребенок может заболеть ветряной оспой при контакте с больными:

опоясывающим лишаем

хламидийной инфекцией

микоплазменной инфекцией

везикулопустулезом

467.Характер сыпи при ветряной оспе:

пятнисто-папулезная

мелкоточечная геморрагическая

макула-папула-везикула

мелкопятнистая

468.Осложнения, связанные с нарушением асептики при выполнении инъекции:

анафилактический шок

энцефалитическая реакция

абсцесс

келлоидный рубец

469.Cтул в виде «болотной тины» характерен для:

шигеллеза

эшерихиоза

сальмонеллеза

470.Смешанное вскармливание – это:

грудное молоко и прикорм

грудное молоко и докорм

молочные смеси и прикорм

только молочные смеси

471.Когда развертывается больничная база МС ГО силами учреждений здравоохранения сельских районов?:

С введением первоочередных мероприятий ГО первой группы.

С введением "Общей готовности ГО"

С объявлением рассредоточения и эвакуации.

472.Когда развертывается больничная база МС ГО силами учреждений здравоохранения категорированных городов?:

С введением первоочередных мероприятий ГО первой группы

С введением "Общей готовности ГО"

С объявлением рассредоточения и эвакуации

473.Что служит базой создания отряда первой врачебной помощи?:

Медицинские институты

Лечебно-профилактические учреждения

Санитарно-эпидемиологические станции

474.Какое отделение развертывается ОПМ для работы в очаге ядерного поражения?:

Хирургическое отделение

Психоневрологическое отделение

Операционно-перевязочное отделение

475. Основное требование, предъявляемое к местам развертывания отряда первой врачебной помощи?:

Развертывание ОПМ в зоне сильных и полных разрушений

Развертывание ОПМ на незараженной территории

Развертывание на зараженной радиоактивными веществами местности, если суммарная доза облучения не превышает 100 рентген

476.Что входит в состав невоенизированных медицинских формирований ГО?:

Спасательная команда ГО

Санитарно-обмывочный пункт

Санитарная дружин

477.Назовите больницу, входящую в структуру лечебных учреждений больничной базы:

Многопрофильная больниц

Hейрохирургическая больниц

Торако-абдоминальная больниц

478.Какое отделение развертывает подвижный противоэпидемический отряд?:

Отделение санитарной обработки

Лабораторное отделение

Приемно-диагностическое отделение

479.Какой вид медицинской помощи не предусмотрен в системе МС ГО?:

Первая медицинская помощь.

Доврачебная (фельдшерская) помощь

Первая врачебная помощь.

480.Что составляет первый этап медицинской эвакуации в системе МС ГО?:

Первый этап медицинской эвакуации (ОПМ и сохранившиеся в очаге поражения учреждения)

Первый этап медицинской эвакуации (больничная база загородной зоны)

Первый этап медицинской эвакуации (больничный коллектор с сортировочно-эвакуационным госпиталем)

481.К требованиям, предъявляемым ко всем типам дезинфекционных камер, относятся:

Обеспечение надежного обеззараживающего эффекта

Безопасность в противопожарном отношении

Сохранение обрабатываемых объектов

Все ответы правильны

Правильного ответа нет

482.Целью стерилизации изделий медицинского назначения является:

Снижение численности спорообразующих микроорганизмов на 99%

Умерщвление только патогенных микроорганизмов

Умерщвление всех микроорганизмов, в том числе их споровых форм

Умерщвление всех микроорганизмов, за исключением их споровых форм

483.Расплавление наполнителя в химических тестах (индикаторы плавления) при осуществлении контроля работы воздушного стерилизатора указывает:

На обеспечение температурного и временного параметров заданного режима

Только на достижение температурного параметра заданного режима

Только на обеспечение временного параметра заданного режима

На то, что достигнута стерильность стерилизуемых изделий

484.К методам контроля стерилизационной аппаратуры относятся:

Физический

Химический

Бактериологический

Все ответы правильны

Правильного ответа нет

485.Режим дезинфекции изделий медицинского назначения химическим методом при анаэробной инфекции (столбняк, газовая гангрена):

3,0% раствор хлорамина – 60 мин.

5,0% раствор хлорамина – 240 мин.

70% раствор этилового спирта – 90 мин.

6,0% раствор перекиси водорода – 60 мин.

486.Дезинфекция в соматических стационарах (отделениях) систематически проводится:

Профилактическая

Текущая

Заключительная

Очаговая

487.Чесотка рассматривается:

Как заразное паразитарное заболевание кожи

Как острое кожное инфекционное заболевание

Как хроническое кожное инфекционное заболевание

488.Для применения в практической деятельности нового дезинфекционного средства необходимо:

Получить разрешение территориального Центра ГСЭН - гигиенический сертификат ДС.

Провести проверочные испытания ДС собственными силами.

Убедиться в наличии Свидетельства о госрегистрации ДС в Минздраве России и Сертификата соответствия Госстандарта России

489.Максимальным сроком сохранения стерильности изделий, простерилизованных раствором химического средства и хранящихся в стерилизационной коробке, выложенной стерильной простыней, является:

Рабочая смена

1 сутки

3 суток

20 суток

490.Эпидемиологическое значение дезинфекции заключается:

В уничтожении переносчиков инфекционных заболеваний.

В разработке эффективных средств уничтожения патогенных микроорганизмов

В умерщвлении патогенных микроорганизмов на путях передачи возбудителей инфекционных заболеваний

В умерщвлении всех видов микроорганизмов на объектах окружающей среды.

491.**Диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании:**

эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

эпидемиологических данных.

клинических данных.

492.Наиболее часто встречающиеся синдромы при острой ВИЧ-инфекции:

Гепатомегалия, лихорадка, геморрагический синдром

Лихорадка, неврит, менингит

Лимфаденопатия, лихорадка, поражения кожи и слизистых

Спленомегалия, энцефалопатия, неврит

493.Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией:

болезненные, флюктурируют при пальпации

имеют признаки периаденита

спаяны с кожей

увеличены до 3 и более см.

безболезненные, имеют туго-эластичную консистенцию

494.**Диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании:**

эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

эпидемиологических данных.

клинических данных.

495.Медработник подлежит обследованию на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации:

сразу после аварийной ситуации с обязательным исследованием биологического материала на ВИЧ методом ИФ

через 3 месяца

через 6 месяцев

496.Действие медицинских работников в случае повреждения целостности кожных покровов рук в процессе работы?:

обработать рану йодом или зелёнкой.

выдавить из раны кровь, обработать рану 1%-м раствором хлорамина, затем йодом или зелёнкой.

снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, обработать рану 5%-м спиртовым раствором йода

промыть рану прочной водой, затем обработать йодом

497.Максимальный период сероконверсии при ВИЧ-инфекции составляет:

3-6 месяцев, в исключительных случаях до 1 года

2-4 недели

более 1 года

2 месяца