001. ПО ПОКАЗАНИЯМ, СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ БЕСПЛАТНО

всем нуждающимся

только при вызове в общественное место

только лицам, имеющим регистрацию в данном муниципальном образовании

только гражданам Российской Федерации

гражданам Российской Федерации, только при наличии полиса обязательного медицинского страхования

002. ЗАДАЧЕЙ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

оказание экстренной и неотложной медицинской помощи всем пациентам и пострадавшим вне зависимости от места их нахождения (в том числе, в стационарах)

оказание экстренной медицинской помощи пациентам и пострадавшим в стационарах скорой медицинской помощи

проведение лечебно-эвакуационных мероприятий в очаге поражения при чрезвычайных ситуациях и массовых катастрофах

оказание экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам и пострадавшим вне стационарных медицинских организаций и осуществление межбольничной транспортировки

обеспечение всех видов выездной медицинской помощи населению, в т.ч. диспансерных осмотров

003. СТАНЦИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЗДАЕТСЯ В ГОРОДАХ ТОЛЬКО С ЧИСЛЕННОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ВЫШЕ

50 тысяч человек

10 тысяч человек

25 тысяч человек

50 тысяч человек

100 тысяч человек

004. НОРМОЙ ТРАНСПОРТНОЙ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ПОДСТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЧИТАЕТСЯ

5 минут

10 минут

15 минут

20 минут

30 минут

005. ИНГАЛЯЦИОННЫМ АНЕСТЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

кетамин

закись азота

гексенал

лидокаин

натрия оксибутират

006. ЗАКИСЬ АЗОТА ЯВЛЯЕТСЯ

слабым анальгетиком и анестетиком

слабым анальгетиком и сильным анестетиком

сильным анальгетиком и анестетиком

сильным анальгетиком и слабым анестетиком

сильным анальгетиком без анестетических свойств

007. К КОЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

раствор Рингера

10% раствор глюкозы

раствор гидроксиэтилкрахмала

дисоль

раствор натрия гидрокарбоната

008. НАИМЕНЬШИМ ВЛИЯНИЕМ НА ГЕМОСТАЗ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОЛЛОИДНЫХ ИНФУЗИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ

раствор гидроксиэтилкрахмала-450

раствор гидроксиэтилкрахмала-200

раствор гидроксиэтилкрахмала-130

полиглюкин

реополиглюкин

009. К КРИСТАЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

полиглюкин

реополиглюкин

желатиноль

0,9% раствор натрия хлорида

раствор гидроксиэтилкрахмала

010. «ОСТРЫЙ ЖИВОТ» – ЭТО

симптом патологии органов брюшной полости

синдром, характеризующийся болями в животе и симптомами раздражения брюшины

диагностическое понятие при патологии органов брюшной полости

диагностическое понятие, заменяющее диагноз

011. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие пульса на сонных артериях

отсутствие самостоятельного дыхания

широкие зрачки

неопределяемое артериальное давление

асистолия на электрокардиограмме

012. МАКСИМАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКОВ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

мгновенно

через 5-10 секунд

через 15-20 секунд

через 30-60 секунд

через 2-3 минуты

013. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ОСТАНОВКА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ

полной атриовентрикулярной блокадой

асистолией

фибрилляцией желудочков

синусовой тахикардией

идиовентрикулярным ритмом

014. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ЭФФЕКТЕ ОТ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

анальгин

морфин

метопролол

нифедипин

кеторолак

015. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ РЕАНИМАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ ПАЦИЕНТА

горизонтально на спине, на твердой основе

на спине, на твердой основе с приподнятым головным концом

на правом боку

на левом боку

на животе с повернутой головой в сторону реаниматора

016. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОЙНОГО ПРИЕМА САФАРА ВО ВРЕМЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

реанимационные мероприятия прекращаются как заведомо бесперспективные

реанимационные мероприятия прерываются до возможности проведения бронхоскопии

реанимационные мероприятия не проводятся до введения мышечных релаксантов

реанимационные мероприятия кратковременно прерываются для выполнения приема Геймлиха

продолжается закрытый массаж сердца без выполнения искусственной вентиляции легких

017. ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ МЕТОДОМ «РОТ В РОТ»

комфортно для реаниматора

не требует специального оборудования

обеспечивает дыхательную смесь, обогащенную кислородом

позволяет точно регулировать параметры искусственного дыхания

способствует профилактике аспирации желудочного содержимого

018. ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ЧЕРЕЗ ИНТУБАЦИОННУЮ ТРУБКУ

малоэффективна для стабильного поддержания проходимости верхних дыхательных путей

предупреждает бронхоспазм

обеспечивает герметичность дыхательных путей

не позволяет точно регулировать параметры искусственного дыхания

способствует перераздуванию желудка воздухом

019. КРИТЕРИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

видимое выбухание в эпигастрии

наличие экскурсии грудной клетки

парадоксальный пульс на сонных артериях

видимое набухание шейных вен

отсутствие «обратного» выдоха

020. КРИТЕРИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

видимое набухание шейных вен

наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки

перелом ребер

наличие пульса на лучевой артерии

регистрация артериального давления 30/0 мм рт.ст.

**021. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ**

отсутствие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки

появление пятен Лярше

регистрация артериального давления 40/0 мм рт.ст.

сужение зрачков

переход фибрилляции желудочков в асистолию

022. КОМПРЕССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ

40-50 в минуту

60-70 в минуту

80-90 в минуту

100 - 120 в минуту

120-130 в минуту

023. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ БЕЗ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ЗАКРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ ПРОВОДЯТСЯ В СООТНОШЕНИИ

30 к 2 при любом количестве реаниматоров

15 к 2 при любом количестве реаниматоров

15 к 2 только при оказании помощи одним реаниматором

7 к 1 при оказании помощи двумя реаниматорами

5 к 1 при оказании помощи двумя реаниматорами

024. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУМЯ РЕАНИМАТОРАМИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО СМЕНЯТЬ ВЫПОЛНЯЮЩЕГО ЗА КРЫТЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА ЧЕРЕЗ

1 минуту

2 минуты

3 минуты

5 минут

10 минут

025. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ БЕЗ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ЧАСТОТА ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХОВ ДЫХАТЕЛЬНЫМ МЕШКОМ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

16 в минуту

8 - 10 в минуту

6 в минуту

4 в минуту

2 в минуту

026. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ ЧАСТОТА ИСКУССТВЕННЫХ ВЗДОХОВ ДЫХАТЕЛЬНЫМ МЕШКОМ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ

20 в минуту

16 в минуту

10 в минуту

4 в минуту

2 в минуту

027. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУМЯ РЕАНИМАТОРАМИ РЕАНИМАЦИОНН0ГО ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ЛАРИНГЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ ПРОВОДИТСЯ

независимо от компрессий грудной клетки с частотой 16 в минуту

независимо от компрессий грудной клетки с частотой 10 в минуту

независимо от компрессий грудной клетки с частотой 4 в минуту

только в перерыве между сериями компрессий грудной клетки с частотой 8 в минуту

только в перерыве между сериями компрессий грудной клетки с частотой 4 в минуту

028. ПРИ СОХРАНЕНИИ У ВЗРОСЛОГО ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПОСЛЕ ТРЕТЬЕГО РАЗРЯДА, ПРОВЕДЕННОГО МОНОФАЗНЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ДЕФИБРИЛЛЯТОРОМ, НЕОБХОДИМО

незамедлительно выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом 360 Дж

проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание в течение 1,5-2 мин. затем выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом 360 Дж

проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание в течение 1,5-2 мин., затем внутривенно ввести 1 мг адреналина и выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом 360 Дж

проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание в течение 1,5-2 мин., затем внутривенно ввести 1 мг адреналина и 1 мг атропина, после чего выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом 360 Дж

проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание в течение 1,5-2 мин., затем внутривенно ввести 1 мг адреналина и 300 мг амиодарона, после чего выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом 360 Дж

029. ПРИ СОХРАНЕНИИ У ВЗРОСЛОГО ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПОСЛЕ ТРЕТЬЕГО РАЗРЯДА, ПРОВЕДЕННОГО БИФАЗНЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ДЕФИБРИЛЛЯТОРОМ, НЕОБХОДИМО

незамедлительно выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом200Дж

проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание и течение 1,5-2 мин., затем выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом 200 Дж

проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание в течение 1,5-2 мин., затем внутривенно ввести 1 мг адреналина и выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом 200 Дж

проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание в течение 1,5-2 мин., затем внутривенно ввести 1 мг адреналина и 1 мг атропина, после чего выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом 200 Дж

проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание в течение 1,5-2 мин., затем внутривенно ввести 1 мг адреналина и 300 мг амиодарона, после чего выполнить электрическую дефибрилляцию разрядом 200 Дж

030. ПРИ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПРОТИВОПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

в центральные вены

в периферические вены

интратрахеально

внутримышечно

внутрикостно

031. ПРИ ИНТРАТРАХЕАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЗРОСЛОМУ ВО ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ИХ ДОЗА ПО СРАВНЕНИЮ С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ

уменьшается в 3 раза

уменьшается в 2 раза

не меняется

увеличивается в 2 раза

увеличивается в 3 раза

032. ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВО ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ИХ ДОЗА ПО СРАВНЕНЕНИЮ С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ

уменьшается в 3 раза

уменьшается в 2 раза

не меняется

увеличивается в 2 раза

увеличивается в 3 раза

033. СУММАРНАЯ ДОЗА ВНУТРИВЕННО ВВОДИМОГО АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-ЦРЕБРАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ

составляет 1 мг

составляет 3 мг

составляет 5 мг

составляет не более 10 мг

не ограничена

034. СУММАРНАЯ ДОЗА ИНТРАТРАХЕАЛЬНО ВВОДИМОГО АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-ЦРЕБРАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ

составляет 2 мг

составляет 6 мг

составляет не более 10 мг

составляет не более 20 мг

не ограничена

035. РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПЕРЕГРЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, обильное питье

перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, обильное питье

перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами

перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами, фармакологическую коррекцию гипертермии и противосудорожную терапию, госпитализацию в стационар

036. РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПЕРЕГРЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий

перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, обильное питье

перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами, госпитализацию в стационар

перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, ингаляцию кислорода, фармакологическую коррекцию гипертермии и противосудорожную терапию, госпитализацию в стационар

перемещение пострадавшего в прохладное, проветриваемое место, применение физических методов охлаждения, ингаляцию кислорода, проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами, фармакологическую коррекцию гипертермии и противосудорожную терапию, госпитализацию в стационар

037. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ

сопор

окоченение тела

брадикардия 40-50 ударов в минуту

одышка

ректальная температура 31-32°С

038. РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ

госпитализация в стационар без дополнительных мероприятий

перемещение пострадавшего в салон санитарного транспорта, включение штатных обогревательных приборов, госпитализацию в стационар

перемещение пострадавшего в салон санитарного транспорта, выключение штатных обогревательных приборов, теплоизоляцию пострадавшего, госпитализацию в стационар

перемещение пострадавшего в салон санитарного транспорта, активное согревание путем растирания конечностей и туловища, госпитализация в стационар

перемещение пострадавшего в салоп санитарного транспорта, выключение штатных обогревательных приборов, теплоизоляцию пострадавшего, внутривенное введение сосудорасширяющих средств, госпитализацию и стационар

039. СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПРИ ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ОБУСЛОВЛЕНО

снижением сократительной способности миокарда

препятствием кровотоку в малом круге кровообращения

препятствием кровотоку в большом круге кровообращения

снижением венозного притока крови к сердцу

генерализованной вазодилатацией

040. РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ЗАТРУДНЕНИЯ ДЫХАНИЯ НА ВДОХЕ И ВЫДОХЕ ПОСЛЕ УКУСА ОСЫ ВКЛЮЧАЕТ

госпитализацию в стационар без дополнительных мероприятий

незамедлительную госпитализацию в стационар на фоне проведен и ингаляции кислорода через лицевую маску или носовые катетеры, при дальнейшем ухудшении применение ларингеальной трубки

незамедлительное выполнение коникотомии и госпитализацию и стационар на фоне проведения ингаляции кислорода

внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов, при неэффективности адреналин, при дальнейшем ухудшении выполнение коникотомии и госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода

внутривенное введение адреналина и глюкокортикоидных гормонов, при дальнейшем ухудшении - осуществление попытки интубации трахеи, при технической невозможности - выполнение коникотомии и госпитализацию в стационар на фоне проведения ингаляции кислорода

041. РАЦИОНАЛЬНАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОМ ОТЕКЕ БЕЗ ЗАТРУДНЕНИЯ ДЫХАНИИ ВКЛЮЧАЕТ ВВЕДЕНИЕ

только антигистаминных препаратов

только глюкокортикоидных гормонов

глюкокортикоидных гормонов и антигистаминных препаратов

адреналина и глюкокортикоидных гормонов

адреналина, глюкокортикоидных гормонов и антигистаминных препаратов

042. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

снижение сократительной способности миокарда

болевой синдром

препятствие кровотоку в большом круге кровообращения

первичное снижение объема циркулирующей крови

первичное снижение сосудистого тонуса

043. ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ДО 10% ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

изменения гемодинамики отсутствуют

пульс учащается на 30%

снижается систолическое артериальное давление

повышается диастолическое артериальное давление

увеличивается пульсовое артериальное давление

044. ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА УЖЕ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

до 10%

15-20%

30%

40%

50%

045. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

отношением частоты пульса к систолическому артериальному давлению

отношением частоты пульса к диастолическому артериальному давлению

отношением частоты пульса к среднему артериальному давлению

разницей между частотой пульса и дыхания

разницей между систолическим и диастолическим давлением

046. В НОРМЕ ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА РАВЕН

менее 0,5

0,5-0,7

1,0-1,2

1,5-2,0

более 2,0

047. ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК III СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

менее 10%

10%

20%

30-40%

более 40%

048. ЗАВИСИМОСТЬ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ОТ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА ПАЦИЕНТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

пролапса митрального клапана

тромбоэмболии легочной артерии

острого перикардита

расслаивающей аневризмы аорты

инфаркта миокарда

049. ИНТЕНСИВНАЯ БОЛЬ ПУЛЬСИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

расслаивающей аневризмы аорты

тромбоэмболии легочной артерии

инфаркта миокарда

очаговой пневмонии

острого перикардита

050. ИНТЕНСИВНАЯ БОЛЬ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА С ИРРАДИАЦИЕЙ В СПИНУ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА SТ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ, КРОМЕ ГАСТРАЛГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

обострения язвенной болезни желудка

расслаивающей аневризмы аорты

острого панкреатита

острого гастродуодепита

синдрома Хилаидити

051. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, РАЗВИВШАЯСЯ НА ФОНЕ ВНЕЗАПНО ПОЯВИВШЕЙСЯ ОДЫШКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

острого перикардита

расслаивающей аневризмы аорты

разрыва пищевода

тромбоэмболии легочной артерии

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

052. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

развитие инфаркта миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса

выраженный подъем сегмента 5Т в отведениях

геморрагический инсульт в анамнезе

полная атриовентрикулярная блокада

повторный инфаркт миокарда

053. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

нитратов

фуросемида

антагонистом кальция

бета-адреноблокаторов

допамина

054. СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

удлинением интервала РQ

удлинением интервала РР

расширением зубца Р

удлинением интервала QТ

уширением комплекса QRS

055. К ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА WPW ОТНОСИТСЯ

отсутствие изменений комплекса QRS с удлинением интервала РQ

отсутствие изменений комплексa QRS и интервала РQ

укорочение интервала РQ и неправильная форма восходящего колена зубца R

укорочение интервала РQ и неправильная форма нисходящего колена зубца R

укорочение интервала QТ

056. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЧИН УДУШЬЯ НАИБОЛЕЕ СКУДНОЙ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

тромбоэмболия легочной артерии

синдром Мендельсона

сердечная астма

астматический статус

хроническая обструктивная болезнь легких

057. АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

наличием тахипноэ

наличием тахикардии

появлением цианоза

определением участков «немого» легкого при аускультации

появлением экспираторной одышки

058. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

5% раствор глюкозы

0,9% раствор натрия хлорида

4% раствор натрия гидрокарбоната

полиглюкин

реополиглюкин

059. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

быстрое развитие

дыхание Куссмауля

преимущественное развитие при сахарном диабете типа I

гиповолемия

предшествующая олигурия

060. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ ГЛЮКОМЕТРА (ГЛЮКОТЕСТА) ПРИ СОДЕРЖАНИИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ УЖЕ МЕНЬШЕ

8,2 ммоль/л

5,5 ммоль/л

3,3 ммоль/л

2,6 ммоль/л

1,5 ммоль/л

061. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

постепенное развитие

снижение тонуса глазных яблок

гиповолемия

влажность кожных покровов

дыхание Куссмауля

062. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВНУТРИВЕННО ВВОДИТСЯ

40 мл 40% раствора глюкозы

налоксон 0,4-0,8 мг

40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 6-8 ЕД инсулина

200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 капель в минуту

дисоль

063. ОСТРАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

возбуждением

выраженной артериальной гипотензией

гипергликемией

гипогликемией

гипергидрозом

064. ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

глюкокортикоидных гормонов

дигоксина

кордиамина

панангина

эуфиллин

065. КРИТЕРИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ НАЛОЖЕНИЯ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВЕНЫ КОНЕЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

бледность конечности ниже места наложения повязки

отечность конечности выше места наложения повязки

ослабление кровотечения

исчезновение пульса на конечности ниже места наложения повязки

появление петехиальной сыпи ниже места наложения повязки

066. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ

осуществляется путем заведения поврежденной верхней конечности

за голову с фиксацией к шее

заключается в наложении повязки Дезо

заключается в наложении восьмиобразной повязки

осуществляется приведением выпрямленной конечности к туловищу с фиксацией бинтом

не проводится

067. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ АРТЕРИИ КИСТИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

не применяется

накладывается в верхней трети плеча

накладывается в средней трети плеча

накладывается в средней трети предплечья

накладывается ближе к ране

068. ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ЗАКРЫТОМ ДИАФИЗАРНОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА У ВЗРОСЛОГО МАКСИМАЛЬНО ДОСТИГАЕТ

500 мл

1000 мл

1500 мл

2000 мл

2500 мл

069. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

не применяется

накладывается в верхней трети бедра

накладывается в нижней трети бедра

накладывается не выше 5 см от места повреждения

накладывается ближе к месту повреждения

070. ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА ШИНА ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

не применяется

располагается от пальцев стопы до подмышечной впадины

располагается от пальцев стоны до тазобедренного сустава

располагается от середины голени до подмышечной впадины

располагается от коленного до тазобедренного сустава

071. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ СТОПЫ С АРТЕРИАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

не применяется

накладывается в верхней трети бедра

накладывается в нижней трети бедра

накладывается в верхней трети голени

накладывается ближе к ране

072. ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ЗАДНЕГО ПОЛУКОЛЬЦА ТАЗА БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ВЗРОСЛОГО МАКСИМАЛЬНО ДОСТИГАЕТ

500 мл

800 мл

1500мл

2000 мл

2500 мл

073. ОБЪЕМ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА

заключается в скорейшей транспортировке в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

ограничивается транспортировкой в стационар па щите в позе «лягушки»

ограничивается внутривенным или ингаляционным обезболиванием с последующей транспортировкой в стационар на щите в позе «лягушки»

соответствует комплексу интенсивной терапии травматического шока, в т.ч. инфузионную терапию, внутривенное или ингаляционное обезболивание с последующей транспортировкой в стационар на щите в позе «лягушки»

включает обязательное выполнение новокаиновых блокад наряду с другими противошоковыми мероприятиями

074. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОСТРАДАВШИЕ ТРАНСПОРТИРУЮТСЯ

только сидя

на щите, лежа на спине с головой, приведенной к груди

на щите, лежа на спине с наложенной шиной-воротником

на щите, лежа на спине с запрокинутой головой

на щите, лежа па животе с наложенной шиной-воротником

075. ПЕРЕД НАЧАЛОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЗАКИСЬЮ АЗОТА НЕОБХОДИМО

проводить ингаляцию 100% кислородом

ввести внутривенно наркотические анальгетики

ввести внутривенно транквилизаторы

ввести внутривенно глюкокортикоидные гормоны

исключить повреждение внутренних органов при закрытой травме живота

076. ПРИ СОДЕРЖАНИИ ЗАКИСИ АЗОТА ВО ВДЫХАЕМОЙ СМЕСИ БОЛЕЕ 75% РАЗВИВАЕТСЯ

фибрилляция желудочков

болевой синдром

гипоксия

токсическое поражение печени

анафилаксия

077. ДЛЯ УСИЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЗАКИСИ АЗОТА ВОЗМОЖНО

увеличить содержание закиси азота во вдыхаемой смеси более 80%

увеличить содержание кислорода во вдыхаемой смеси более 50%

увеличить суммарный поток закиси азота и кислорода до 24 литров в минуту

внутривенно ввести наркотические анальгетики

внутривенно ввести пирацетам

078. ИЗОЛИРОВАННАЯ СКЕЛЕТНАЯ ТРАВМА

никогда не приводит к развитию травматического шока

сопровождается развитием травматического шока при переломе крупных трубчатых костей или костей таза

сопровождается развитием травматического шока только при открытых переломах

сопровождается развитием травматического шока только при наличии артериального кровотечения

всегда сопровождается развитием травматического шока за счет болевой реакции

079. В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КРУПНЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ТРАВМЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН

кеторолак

морфин

трамадол

фентанил

метамизол натрия

080. В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА БЕДРА С УШИБОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И КОМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН

кеторолак

морфии

трамадол

фентанил

омнопон

081. ВВЕДЕНИЕ ТРАМАДОЛА ПРИ СОЧЕТАНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ОТКРЫТЫМ ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

может усилить внутрибрюшное кровотечение

не позволяет добиться адекватной анальгезии

провоцирует депрессию дыхания

всегда сопровождается угнетением сознания

позволяет достичь управляемого по времени обезболивания

082. СКЕЛЕТНАЯ ТРАВМА СОПРОВОЖДАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА

всегда при наличии выраженного болевого синдрома

только при множественном характере переломов

только при сочетании переломов костей с повреждением внутренних органов

только при комбинированном характере поражения

в любом случае острой кровопотери, равной или превышающей 20% объема циркулирующей крови

083. РАЦИОНАЛЬНЫМ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМОЙ, НЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ШОКОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

максимально быстрая транспортировка в стационар без проведения дополнительных лечебных мероприятий

проведение обезболивания и транспортировка в стационар

иммобилизация переломов и транспортировка в стационар

проведение обезболивания, иммобилизация переломов и транспортировка в стационар

проведение обезболивания, иммобилизация переломов, оксигенотерапия и транспортировка в стационар на фоне массивной инфузионной терапии

084. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

гипертонический раствор глюкозы

преднизолон

маннитол

лазикс

искусственную вентиляцию легких с положительным давлением в конце выдоха 8-15 см вод.ст.

085. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ СИНДРОМА ВКЛИНЕНИЯ СТВОЛА МОЗГА ОТНОСИТСЯ

смена одышки урежением дыхания

миоз с сохраненной реакцией зрачков па свет

мидриаз с сохраненной реакцией зрачков на свет

кратковременная положительная динамика уровня сознания

стабильная тахикардия

086. ПРОФИЛАКТИКА ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТРЕБУЕТ

адекватную респираторную поддержку

внутривенное введение лазикса

внутривенное введение сульфата магния

внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов

транспортировку пациента в положении Трендленбурга

087. ШКАЛА ГЛАЗГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

прогноза восстановления спонтанного кровообращения при клинической смерти

выраженности дыхательных расстройств при коме

уровня угнетения сознания

степени тяжести шока

состояния новорожденного

088. КОМА ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ УЖЕ ПРИ СУММЕ БАЛЛОВ, РАВНОЙ

11

10

9

8

7

089. ОТКРЫВАНИЕ ГЛАЗ ПРИ КОМЕ

возможно в ответ па громкую речь

происходит в ответ на прикосновение

происходит в ответ на потряхивание

происходит только в ответ на сильный болевой раздражитель

не происходит даже в ответ на сильный болевой раздражитель

090. ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

внезапной потерей сознания при резком повороте головы в сторону

потерей сознания при длительной работе высоко поднятыми руками

внезапным возникновением и полным регрессом очаговой неврологической симптоматики в течение 24 часов от начала её развития

внезапным возникновением и полным регрессом очаговой неврологической симптоматики в течение .4 суток от начала её развития

острым возникновением общемозговых симптомов с постепенным нарастанием стойкой очаговой симптоматики

091. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ МОЗГОВЫХ СОСУДОВ ИЛИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТНА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

реополиглюкина

лазикса

гипотензивных препаратов при систолическом артериальном давлении выше 170 мм рт.ст.

аминокапроновой кислоты

пирацетама

092. «ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОКНО» ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ СОСТАВЛЯЕТ

30-60 минут

1-2 часа

3-6 часов

9-12 часов

24 часа

093. ВНУТРИВЕННАЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ПРОВОДИТСЯ НЕ ПОЗЖЕ ПЕРВЫХ

суток

18 часов

12 часов

6 часов

3 часов

094. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИЛЬНОМ ЭТАПЕ

не проводится

проводится всегда до достижения возрастных норм артериального давления

показана всегда при артериальном давлении выше 170/100 мм рт.ст.

показана при артериальном давлении выше 200/100 мм рт.ст.

обязательна у пациентов в коме

095. К ХАРАКТЕРНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ ОТНОСИТСЯ

появление безболезненных алых кровянистых выделений из влагалища

развитие судорог

сохранение нормальной частоты сердечных сокращений плода

геморрагический шок

резкая боль при мочеиспускании

096. СИНДРОМ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ

развивается при положении беременной на животе

проявляется в виде гипертонического криза

сопровождается профузным маточным кровотечением

быстро купируется поворотом беременной на левый бок или при смещении матки влево

требует проведения массивной инфузионной терапии

097. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ (ПЕРИОД РАСКРЫТИЯ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

наличием регулярных схваток

наличием потуг

прорезыванием головки плода

рождением плода

рождением плаценты

098. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ (ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ) НАЧИНАЕТСЯ

появлением нерегулярных схваток

появлением регулярных схваток

появлением потуг

рождением плода

рождением плаценты

099. ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ (ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ) ЗАВЕРШАЕТСЯ

появлением регулярных схваток

появлением потуг

прорезыванием головки плода

рождением плода

рождением плаценты

100. ОТЛИЧИЕМ ПОТУГ ОТ СХВАТОК ЯВЛЯЕТСЯ

уменьшение интенсивности боли

изолированное сокращение гладкой мускулатуры матки

появление чувства давления на прямую кишку

отсутствие напряжения мышц брюшного пресса

обязательное излитие околоплодных вод

101. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КИСЛОТАМИ ДО ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ЗОНД

вводится альмагель

вводится вазелиновое масло

вводится 4% раствор натрия гидрокарбоната

вводится водная взвесь активированного угля

ничего не вводится

102. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КИСЛОТАМИ ПЕРВОНАЧАЛЬНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

незамедлительное промывание желудка через зонд

внутривенное введение наркотических анальгетиков и спазмолитиков

внутривенная инфузия 4% раствора натрия гидрокарбоната

катетеризация мочевого пузыря

введение перорально или через зонд альмагеля

103. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОДНОКРАТНОЕ ВВЕДЕНИЕ ВОДЫ ПРИ ЗОНДОВОМ ПРОМЫВАНИИ ЖЕЛУДКА ВЗРОСЛОМУ С ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ ПРОВОДИТСЯ В ОБЪЕМЕ

100 мл

300 мл

600 мл

800 мл

1000 мл

104. ВВЕДЕНИЕ ВАЗЕЛИНОВОГО МАСЛА В ЖЕЛУДОЧНЫЙ ЗОНД ПОСЛЕ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПОКАЗАНО ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

опиатами

крепкими кислотами или щелочами

клофелином

карбофосом

амитриптилином

105. ПОСЛЕ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КИСЛОТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ЗОНД ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВВЕСТИ

альмагель

вазелиновое масло

4% раствор натрия гидрокарбоната

водную взвесь активированного угля

полисорб

106. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КОРРОЗИВНЫМИ ЯДАМИ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

обязательна

ограничивается введением раствора натрия гидрокарбоната

показана только при систолическом артериальном давлении ниже 80 мм рт.ст.

показана только у пациентов в сознании

противопоказана

107. НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА С ОЩЕЛАЧИВАНИЕМ КРОВИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

ацетоном

этиленгликолем

метиловым спиртом

уксусной кислотой

анилином

108. НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА С ОЩЕЛАЧИВАНИЕМ КРОВИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

этиленгликолем

каустической содой

метиловым спиртом

уксусной кислотой

ацетоном

109. ТОКСИЧЕСКИЙ ГАСТРОЭНТЕРИТ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

солями тяжелых металлов и мышьяка

фторидами

психотропными препаратами

хлорированными углеводородами

грибами

110. МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ ВКУС ВО РТУ, БОЛЬ В ПОЛОСТИ РТА И ПРИ ГЛОТАНИИ, СИЛЬНАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ И ЖИДКИЙ СТУЛ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

метиловым спиртом

соединениями тяжелых металлов

нитробензолом

амитриптилином

угарным газом

111. ПРИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

бронхоспазмом

брадикардией

диареей

артериальной гипотензией

брадипноэ

112. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СОЕДИНЕНИЯМИ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ

унитиол

метиленовый синий

прозерин

налоксон

анексат

113. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЫШЬЯКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

унитиол

метиленовый синий

прозерин

налоксон

пиридоксин

114. МЕТГЕМОГЛОБИНЕМИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ СОДЕРЖАНИЕ В КРОВИ МЕТГЕМОГЛОБИНА УЖЕ БОЛЬШЕ

1%

3%

5%

10%

15%

115. ЦИАНОЗ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМИ ЯДАМИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ В КРОВИ МИНИМУМ

5% метгемоглобина

10% метгемоглобина

15% метгемоглобина

30% метгемоглобина

45% метгемоглобина

116. КОМА И СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМИ ЯДАМИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ В КРОВИ МИНИМУМ

10% метгемоглобина

15% метгемоглобина

30% метгемоглобина

45% метгемоглобина

55% метгемоглобина

117. К МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМ ЯДАМ ОТНОСИТСЯ

анилин

этиленгликоль

метанол

моноксид углерода

дихлофос

118. К МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМ ЯДАМ ОТНОСИТСЯ

амитриптилин

нитробензол

метанол

этиленгликоль

мышьяк

119. К МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМ ЯДАМ ОТНОСИТСЯ

этиленгликоль

героин

метанол

нитрит натрия

карбофос

120. К МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМ ЯДАМ ОТНОСИТСЯ

аммиачная селитра

этанол

метанол

двуокись углерода

этиленгликоль

121. СИНЮШНО-СЕРАЯ ОКРАСКА КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СЛИЗИСТЫХ, СИЛЬНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, РЕЗКАЯ СЛАБОСТЬ, ОДЫШКА И ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ

метгемоглобинобразующими ядами

солями тяжелых металлов

фосфорорганическими соединениями

крепкими кислотами

кардиотоксическими препаратами

122. АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕТГЕМОГЛОБИНОБРАЗУЮЩИМИ ЯДАМИ ЯВЛЯЕТСЯ

унитиол

метиленовый синий

прозерин

этанол

анексат

123. ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ВЫРАЖЕННОМ ЗАТРУДНЕНИИ ДЫХАНИЯ, РАЗВИВАЮЩЕМСЯ НА ФОНЕ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

срочной госпитализации в реанимационное отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий

срочной госпитализации в реанимационное отделение стационара на фоне ингаляции кислорода через лицевую маску

попытке интубации трахеи при помощи ларингоскопа и госпита­лизации в реанимационное отделение стационара на фоне ингаляции кислорода

применении ларингеальной трубки и госпитализации в реанимационное отделение стационара на фоне ингаляции кислорода

выполнении коникотомии и госпитализации в реанимационное отделение стационара на фоне ингаляции кислорода

124. ОДНИМ ИЗ ОТЛИЧИЙ ОСТРОГО МАСТОИДИТА ОТ ОСТРОГО ОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие внешних изменений кожи заушной области

боль в ухе «стреляющего» характера

болезненность при надавливании на козелок ушной раковины

болезненность при надавливании на сосцевидный отросток

наличие патологических выделений из наружного слухового прохода

125. ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В НАРУЖНОМ СЛУХОВОМ ПРОХОДЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

госпитализации в оториноларингологическое отделение

удаление инородного тела пинцетом

удалении инородного тела ушной палочкой, смоченной спиртом

промывание слухового прохода холодной водой с помощью шприца Жане

промывание слухового прохода теплой водой с помощью шприца Жане

126. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие общих признаков воспаления (лихорадка, общая слабость)

болезненность при пальпации шейных и подчелюстных лимфатических узлов без их увеличения

возможность беспрепятственно открывать рот

односторонний отек и гиперемия слизистой оболочки с развитием ассиметрии зева

исчезновение боли в горле при глотании

127. НЕОБХОДИМОСТЬ В ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАР ОТСУТСТВУЕТ ПРИ

остром мастоидите

фолликулярной ангине

паратонзиллярном абсцессе

заглоточном абсцессе

флегмоне дна полости рта

128. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ ЛЮБОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

наличие повышенной температуры тела

одышка стридорозного характера

затруднение дыхания на выдохе

развитие отечности лица и шеи

затруднение дыхания на вдохе

129. ПРИ ОСТРОМ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ ЛЮБОГО ГЕНЕЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО

внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов

ингаляция кислорода

применение ларингеальной трубки при неэффективности медикаментозной терапии и прогрессирующем затруднении дыхания

попытка интубации трахеи при помощи ларингоскопа при неэффективности медикаментозной терапии и прогрессирующем затруднении дыхания

выполнение коникотомии при развитии асфиксии

130. ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ БЕЗ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ЗАТРУДНЕНИЯ ДЫХАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

экстренной госпитализации в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

экстренной госпитализации в стационар на фоне проведения оксигенотерапии без попыток удаления инородного тела

обязательном выполнении приема Геймлиха перед транспортировкой в стационар

выполнении коникотомии перед транспортировкой в стационар

проведении оксигенотерапии и вызове «на себя» выездной реанимационной бригады для проведения госпитализации в стационар

131. ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ С БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ЗАТРУДНЕНИЕМ ДЫХАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

экстренной госпитализации в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

экстренной госпитализации в стационар на фоне проведения оксигенотерапии без попыток удаления инородного тела

обязательной попытке удаления инородного тела с помощью приема Геймлиха перед транспортировкой в стационар

установке воздуховода и экстренной госпитализации в стационар на фоне проведения масочной искусственной вентиляции легких

проведении оксигенотерапии и вызове «на себя» выездной реанимационной бригады для проведения госпитализации в стационар

132. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СТОЙКОГО НОСОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

эпизод артериальной гипертензии

цирроз печени

менингит

сепсис

желудочно-кишечное кровотечение

133. ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НОСОВОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИСКЛЮЧАЕТ

холод на область носа

местное использование 3% перекиси водорода

внутривенное введение натрия этамзилата

выполнение передней тампонады носа

выполнение задней тампонады носа

134. ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПОЛОСТИ НОСА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

срочной госпитализации без дополнительных лечебных мероприятий

попытке удаления инородного тела с помощью тупого крючка с госпитализацией в случае неудачи

попытке удаления инородного тела путем высмаркивания с госпитализацией в случае неудачи

попытке протолкнуть инородное тело в носоглотку с госпитализацией в случае неудачи

попытке удаления инородного тела путем вымывания холодной водой с помощью шприца Жане с госпитализацией в случае неудачи

135. К РАССТРОЙСТВАМ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ ОТНОСИТСЯ

анизокория

центральный паралич

апраксия

головокружение

дисфагия

136. ОТСУТСТВИЕ ПАМЯТИ НА СОБЫТИЯ, ПРОИЗОШЕДШИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

ретроградной амнезии

антероградной амнезии

фиксационной амнезии

диссоциативной амнезии

парамнезии

137. К ОБЩЕМОЗГОВЫМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ

диссоциация сухожильных рефлексов

рвота

параплегия

анизокория

гемиплегия

138. К ОЧАГОВЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ

угнетение сознания

анизокория

головокружение

гипертермия

головная боль

139. К ОЧАГОВЫМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ОТНОСИТСЯ

угнетение сознания

головокружение

судороги

гемипарезы

головная боль

140. в норме диаметр зрачка при обычном освещении примерно равен

0,5 мм

1-1,5 мм

2-2,5 мм

3-4 мм

5-7 мм

141. анизокория характеризуется односторонним

снижением реакции зрачка на свет

расширением или сужением зрачка

снижением корнеального рефлекса

опущением века

слезотечением

142. появление АНИЗОКОРИи обусловлено сдавлением

лицевого нерва

глазодвигательного нерва

зрительного нерва

отводящего нерва

блуждающего нерва

143. одностороннее резкое расширение зрачка с утратой реакции на свет у ПАЦИЕНТА без сознания характерно для

состояния клинической смерти

интоксикации атропином

нарастания внутричерепной гематомы различного генеза

вирусного менингита

иридоциклита

144. ОДНОСТОРОННЕЕ РЕЗКОЕ РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКА С УТРАТОЙ РЕАКЦИИ НА СВЕТ У ПАЦИЕНТА БЕЗ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

иридоциклита

остановки кровообращения

отравления беленой

вирусного менингита

острого дислокационного синдрома

145. ОДНОСТОРОННЕЕ угнетение корнеального рефлекса ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

поражение мозжечка

менингеального синдрома

поражение лицевого нерва

истерии

дисциркуляторной энцефалопатии

146. плегией называется

снижение мышечной силы неврологического генеза

нарушение болевой чувствительности

парестезия

полное выпадение двигательной функции неврологического генеза

нарушение движения при травме сухожилия

147. Парезом НАЗЫВАЕТСЯ

снижение мышечной силы неврологического генеза

нарушение болевой чувствительности

парестезия

полное выпадение двигательной функции неврологического генеза

ограничение движения при травме сухожилия

148. для выявления пареза мышц служит проба

пальце-носовая

пяточно-коленная

Барре

Ромберга

Вальсавы

149. характерным признаком бульбарного паралича является

повышение глоточного рефлекса

фибриллярные подергивания мышц языка

сохранение глотания

афазия

способность ясно произносить слова

150. одним из признАКОв псевдоБУЛЬБАРНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

повышение глоточного рефлекса

выявление рефлексов орального автоматизма

наличие фибриллярных подергиваний мышц языка

афазия

способность ясно произносить слова

151. ОДНИМ ИЗ ПРИЗНАКОВ ПСЕВДОБУЛЬБАРНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ

повышение глоточного рефлекса

пароксизмы насильственного смеха и плача

наличие фибриллярных подергиваний мышц языка

афазия

способность ясно произносить слова

152. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ поражения мозжечка ЯВЛЯЕТСЯ

устойчивость в позе Ромберга

горизонтальный нистагм

симптомокомплекс центрального паралича

анизокория

симптомокомплекс периферического паралича

153. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОРАЖЕНИЯ МОЗЖЕЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

устойчивость в позе Ромберга

симптомокомплекс центрального паралича

«скандированная» речь

анизокория

симптомокомплекс периферического паралича

154. менингеальный синдром наиболее характерен для

транзиторной ишемической атаки

субарахноидального кровоизлияния

гипертонического криза

острой гипертонической энцефалопатии

черепно-мозговой травмы

155. при возникновении судорожного припадка НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ применЯЕТСЯ

диазепам

кофеин

лидокаин

кеторолак

эуфиллин

156. к эпилептическим припадкам, не сопровождающимся потерей сознания, относятся

абсансы

генерализованные атонические (акинетические) припадки

генерализованные тонико-клонические припадки

парциальные моторные припадки

миоклонические припадки

157. К бессудорожныМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПРИПАДКАМ ОТНОСЯТСЯ

абсансы

генерализованные атонические (акинетические) припадки

генерализованные тонико-клонические припадки

парциальные моторные припадки

миоклонические припадки

158. к характерным признакам миастенического криза ОТНОСиТСЯ

миоз

симптомокомплекс бульбарного паралича

тенденция к брадикардии

глубокое частое дыхание

гипергидроз

159. МИАСТЕНИЧЕСКий КРИЗ купируется введением

атропина

прозерина

кордиамина

натрия гидрокарбоната

кальция глюконата

160. к характерным ранним проявлениям субарахноидального кровоизлияния ОТНОСИТСЯ

выраженная очаговая симптоматика

высокая температура тела

отсутствие общемозговой симптоматики

менингеальный синдром

стойкий характер утраты сознания в 90% случаев

161. при СУБАРАХНОИДАЛЬНОм КРОВОИЗЛИЯНИи головная боль

редко встречается в начале заболевания

малоинтенсивная

носит пульсирующий характер, локализуясь в височной области

постепенно нарастающая, давящего характера в области затылка

интенсивно возникающая, «как удар по голове»

162. кровоизлияние в мозжечок обязательно проявляется

утратой сознания и гемипарезами

глазодвигательными расстройствами

нарушениями чувствительности

параплегией

тазовыми расстройствами

163. КРОВОИЗЛИЯНИЕ В МОЗЖЕЧОК ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ

гемипарезами

тазовыми расстройствами

атаксией

анизокорией

снижением слуха

164. при ишемическом инсульте на догоспитальном этапе показано введение

нейропротекторов

гипотензивных препаратов при систолическом артериальном давлении свыше 160 мм рт.ст.

диуретиков

глюкокортикоидных гормонов

пирацетама

165. к нейропротекторам относится

кавинтон

эуфиллин

трентал

магния сульфат

мелоксикам

166. ноотропным препаратом, обладающим свойствами первичного и вторичного НЕЙРОПРОТЕКТОРА при инсульте и черепно-мозговой травме, ЯВЛЯЕТСЯ

глицин

магния сульфат

семакс

цитиколин

мексидол

167. вазоактивным ПРЕПАРАТОМ, улучшающИМ при внутривенном введении мозговое и регионарное кровообращение у ПАЦИЕНТА с неврологической патологией (инсульт, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВая ТРАВМа, энцефалопатия), ЯВЛЯЕТСЯ

мексидол

5% раствор глюкозы

актовегин

пирацетам

кофеин

168. при нарастающем отеке головного мозга на фоне инсульта НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ применим

фуросемид

дексаметазон

маннитол

пирацетам

кофеин

169. НАРАСТАЮЩий ОТЕК мозга при ИНСУЛЬТе НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ требует

введение салуретиков

введение кортикостероидных гормонов

придания пациенту положения с опущенным головным концом

проведения ИВЛ в режиме гипервентиляции

введение пирацетама

170. ПРИ НАРАСТАЮЩЕМ ОТЕКЕ МОЗГА НА ФОНЕ ИНСУЛЬТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ Показано

придание пациенту положения с приподнятым на 30° головным концом

проведение спинномозговой пункции

введение салуретиков

введение кортикостероидных гормонов

проведения ИВЛ с положительным давлением в конце выдоха 15-20 см вод.ст.

171. противопоказанием к транспортировке ПАЦИЕНТОВ с ОНМК в стационар является

транзиторная ишемическая атака

нарушение сознания до уровня комы

агональное состояние

эпилептический статус

сочетание острого инсульта и инфаркта миокарда

172. ПАЦИЕНТОВ с нетравматическим субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно госпитализировать в

неврологическое отделение

нейрохирургическое отделение

терапевтическое отделение

сосудистое отделение

отделение общей реанимации

173. для острого пояснично-крестцового радикулита характерен симптом

Лессажа

Ласега

Оппенгейма

Бабинского

Россолимо

174. снижение болевой чувствительности по типу «носок», «перчаток» характерно для

поражения спинного мозга

поражения спинномозговых корешков

поражения корковых отделов головного мозга

полинейропатии

поражения ствола головного мозга

175. для купирования психомотороного возбуждения при острых психотических расстройствах наДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ эффективен

реланиум

аминазин

пирацетам

атропин

магния сульфат

176. острый нейролептический (экстрапирамидный) синдром может развиться на фоне применения

атропина

галоперидола

диазепама

героина

циклодола

177. к характерным признакам злокачественного НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКого СИНДРОМа относится

гипотония мышц

психомоторное возбуждение

сухость кожных покровов на фоне гипертермии

брадикардия

акинезия на фоне мышечной ригидности, гипертермии и вегетативных симптомов

178. дискинетические расстройства, обусловленные острым НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКим (ЭКСТРАПИРАМИДНЫм) СИНДРОМом, купируются НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

аминазином

прозерином

реланиумом

кофеином

пирацетамом

179. К АЛКОГОЛЬНЫМ ПСИХОЗАМ ОТНОСИТСЯ

патологическое опьянение

корсаковский синдром

алкогольно-тетурамная реакция

алкогольный делирий

алкогольный абстинентный синдром

180. АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

грубым нарушением сознания

галлюцинаторными переживаниями при сохранении критики к своему состоянию

наличием выраженных аффективных расстройств

нарушением ориентировки в собственной личности

аффективными расстройствами при сохранении критики к своему состоянию и выраженными вегетативными нарушениями

181. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ (ДЕЛИРИЙ, ГАЛЛЮЦИНОЗ, ….) НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ купируются

аминазином

галоперидолом

диазепамом

кордиамином

40% раствором глюкозы

182. ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ В ОБЩЕСТВЕННОМ МЕСТЕ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ПАЦИЕНТЫ

передаются сотрудникам полиции для транспортировки в отделение полиции до вытрезвления

госпитализируются в соматическое отделение стационара

транспортируются в приемное отделение психиатрического стационара

передаются вызванной «на себя» психиатрической выездной бригаде

оставляются на месте под присмотром родственников или окружающих

183. ВВЕДЕНИЕ РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ ПАЦИЕНТУ С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПРЕБЫВАЮЩЕМУ В КОМЕ, МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К

кетоацидотической коме

судорожному синдрому

острой энцефалопатии Гайе-Вернике

многократной рвоте

острому отечному панкреатиту

184. В СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ ОПИАТНОЙ НАРКОМАНИИ МАЛОВЕРОЯТНО ВЫЯВЛЕНИЕ

слезотечения

гипергидроза

миоза

тремора

гиперсаливации

185. В СИМПТОМОКОМПЛЕКСЕ ОТСРОЧЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ ОПИАТНОЙ НАРКОМАНИИ МАЛОВЕРОЯТНО ВЫЯВЛЕНИЕ

озноба

брадикардии

тошноты

ломоты в суставах

судорог конечностей

186. АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОПИАТНОЙ НАРКОМАНИИ МОЖЕТ БЫТЬ СПРОВОЦИРОВАН ВВЕДЕНИЕМ

омнопона

атропина

пирацетама

налоксона

кордиамина

187. ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

Мейо-Робсона

Образцова

Мюсси

Ситковского

Ортнера

188. ДЛЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

Боткина

Ровзинга

Образцова

Керте

Кохера

189. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ ВОСКРЕСЕНСКОГО МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

остром панкреатите

острой кишечной непроходимости

остром холецистите

мезентериальном тромбозе

остром аппендиците

190. ВЫРАЖЕННАЯ БОЛЬ В ЖИВОТЕ СХВАТКООБРАЗНОГО ХАРАКТЕРА, НЕОДНОКРАТНАЯ РВОТА СЪЕДЕННОЙ ПИЩЕЙ, УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА КИШЕЧНИКА, ЗАДЕРЖКА СТУЛА И ГАЗОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

острой кишечной непроходимости

перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки

острого холецистита

острого панкреатита

острого гепатита

191. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА острУЮ кишечнУЮ непроходимостЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

острый холецистит

острый панкреатит

ущемленную грыжу

мезентериальный тромбоз

острый аппендицит

192. ДЛЯ острОЙ кишечнОЙ непроходимостИ ХАРАКТЕРЕН ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ

«шум плеска»

Образцова

Мюсси

Боткина

Керте

193. Положительный симптом Валя ХАРАКТЕРЕН для

острого панкреатита

острой кишечной непроходимости

острого холецистита

перфоративной язвы желудка

острого аппендицита

194. К РАЗВИТИЮ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИВОДИТ

острый аппендицит

острый холецистит

острый панкреатит

перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки

ущемленная грыжа

195. ПРИ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ МАЛОВЕРОЯТНО

наличие не локализованной боли в животе

выявление положительного симптома Щеткина-Блюмберга

усиление перистальтики кишечника

нарастание интоксикации

развитие признаков дегидратации

196. Спонтанный пневмоторакс

редко сопровождается болевым синдромом

наиболее часто проявляется как напряженный клапанный пневмоторакс

проявляется жестким дыханием при аускультации на стороне поражения

перкуторно характеризуется тимпаническим звуком на стороне поражения

является противопоказанием для проведения оксигенотерапии

197. ПРИ СпонтаннОМ пневмотораксЕ ТРАНСПОРТИРОВКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

лежа на животе

лежа на спине

сидя или полусидя

лежа на здоровом боку

лежа на боку на стороне поражения

198. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

перенесенная травма

атеросклероз

гипертоническая болезнь

острый инфаркт миокарда

болезнь Шенлейн-Геноха

199. ЛОКАЛИЗАЦИЯ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ В ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В

100% случаев

75% случаев

50% случаев

25% случаев

5% случаев

200. ФАКТОРОМ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРОВОЦИРУЮЩИМ РАССЛОЕНИЕ ИЛИ НЕТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

приступ Морганьи-Эдамса-Стокса

аритмогенный шок

эпизод выраженной артериальной гипертензии

острый инфаркт миокарда, сопровождающийся истинным кардиогенным шоком

болезнь Марфана

201. ХАРАКТЕРНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

постепенное нарастание боли

малая интенсивность боли

сжимающий или сдавливающий характер боли

иррадиация боли в области лопаток

резкое снижение артериального давления без набухания шейных вен

202. БЫСТРОЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДО 100 ММ РТ.СТ. ПОКАЗАНО НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ

ОНМК

отеке легких

желудочно-кишечном кровотечении

расслаивающей аневризме аорты

гипертоническом кризе

203. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ТРОМБОЗА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ЯВЛЯЕТСЯ

недостаточность трехстворчатого клапана

мерцательная аритмия

ишемическая болезнь сердца

тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей

тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей

204. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ мезентериального тромбоза в начале заболевания ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие или малая интенсивность боли

напряжение мышц брюшной стенки при пальпации

отрицательный симптом Щеткина-Блюмберга

отсутствие стула

положительный симптом «шум плеска»

205. ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ НА ПОРАЖЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

выраженный отек

снижение пульсации на дистальных артериях

гиперестезия кожи

выраженный цианоз

повышение температуры

206. ПРИ ТРОМБОфлебите глубоких вен нижней конечности НА ПОРАЖЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

выраженный отек

сохранение пульсации на дистальных артериях

гиперестезия кожи

гиперемия кожи

локальное повышение температуры

207. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ болеЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

постепенное нарастание болевого синдрома

локализация боли в поясничной области без иррадиации

приступообразный характер боли

отсутствие болезненности при поколачивании в поясничной области

отсутствие позывов к мочеиспусканию

208. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

потрясающий озноб

стойкая высокая температура тела

резкое возникновение боли в поясничной области

относительно удовлетворительное общее состояния пациента

острая задержка мочи

209. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ БАКТЕРИЕМИЧЕСКОГО ШОКА, ОСЛОЖНИВШЕГО ГНОЙНЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ЯВЛЯЕТСЯ

острая задержка мочи

стойкая гипотермия

артериальная гипертензия

выраженная интоксикация

мутная моча

210. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

острая задержка мочи

локализация боли в промежности

безболезненное мочеиспускание

выраженная интоксикация

мутная моча

211. У МУЖЧИН БОЛЬВ ПРОМЕЖНОСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ПРИ

остром пиелонефрите

мочекаменной болезни

остром цистите

остром простатите

аденоме предстательной железы

212. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

напряжение мышц брюшной стенки в нижних отделах живота

локализация боли в промежности

напряженное, болезненное при пальпации яичко

гематома мошонки

острая задержка мочи

213. ДЛЯ ДИЗЕНТЕРИИ ХАРАКТЕРНЫ ИСПРАЖНЕНИЯ

скудные, с примесью слизи и прожилками крови

водянистые, пенистые, ярко-желтого цвета

водянистые, с неприятным запахом, с примесью зелени

водянистые, мутно-белого цвета, без запаха

кашицеобразные с каловым запахом

214. АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

в эпигастральной области

в околопупочной области

в подвздошной области справа

внизу живота и левой подвздошной области

в правом подреберье

215. СРЕДНЕТЯЖЕЛАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ (ШИГЕЛЛЕЗ) ПРОЯВЛЯЕТСЯ

схваткообразной болью в правой подвздошной области

дефекацией с тенезмами

многократной рвотой, не приносящей облегчения

обильным жидким стулом без патологических примесей

гипотермией

216. ПРИ СРАВНЕНИИ ХАРАКТЕРА ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ И САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ

различий нет

при дизентерии преобладает симптоматика эзофагита

при дизентерии преобладает симптоматика гастрита

при дизентерии преобладает симптоматика энтерита

при дизентерии преобладает симптоматика колита

217. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНАЯ ФОРМА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ

гипертермии

многократной рвоты

тенезмов

жидкого, зловонного кала, типа «болотной тины»

гепатоспленомегалии

218. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ МАЛЯРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

слюнотечение

сохранение нормальных размеров печени и селезенки

боль в животе, диарея

чередование приступов лихорадки и апирексии

многократная рвота

219. ПРИ ОСМОТРА ПАЦИЕНТА МАЛЯРИЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ

диплопия

бледность кожных покровов с желтушным оттенком

тризм

охриплость голоса, афония

птоз, мидриаз

220. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БРЮШНОГО ТИФА ОТНОСИТСЯ

острое начало заболевания

тахикардия

сыпь на лице

судорожный синдром

увеличение печени и селезенки

221. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ БРЮШНОГО ТИФА ОТНОСИТСЯ

задержка стула, вздутие живота

желтуха

геморрагическая сыпь

гиперемия лица шеи, верхних отделов туловища

белый «меловый» язык

222. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ РИККЕТСИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

аспирационный

трансмиссивный

фекально-оральный

воздушно-капельный

контактный

223. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ СЫПНОГО ТИФА ОТНОСИТСЯ

жидкий стул со слизью и кровью

постепенное начало заболевания

лихорадка и появление пятнистой розовой сыпи

бледность кожных покровов

увеличение печени и селезенки

224. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

воздушно-капельный

трансмиссивный

через поврежденную кожу

фекально-оральный

водный

225. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЖЕЛТУШНОГО ПЕРИОДА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

лимфаденит

пятнисто-папулезная сыпь

сохранение нормальных размеров печени

желтуха и обесцвеченный кал

мигрирующая кольцевая эритема

226. ДЛЯ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

печени и селезенки

слизистой оболочки носоглотки

суставов

кишечника

лимфатических узлов

227. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ВЫСЫПАНИЯ НЕПРАВИЛЬНОЙ ЗВЕЗЧАТОЙ ФОРМЫ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ НА НОГАХ И ЯГОДИЦАХ, СКЛОННЫХ К СЛИЯНИЮ И ОБРАЗОВАНИЮ НЕКРОЗОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

брюшного тифа

сепсиса

геморрагического васкулита

менингококкцемии

геморрагической лихорадки с почечным синдромом

228. СЫПЬ ПРИ менингококКцемии

характеризуется этапностью высыпания (лицо, туловище, конечности)

носит геморрагический характер и проявляется на 1-2 день болезни

сопровождается зудом

только розеолезного и розеолезно-папулезного типа

характеризуется высыпанием элементов правильной формы, возвышающихся над поверхностью кожи

229. ПРИ менингококКцемии, СОПРОВОЖДЮЩЕЙСЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ КРОМЕ АНТИБИОТИКОВ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ

глюкокортикоидные гормоны

кордиамин

лазикс

мезатон

гепарин

230. СИНДРОМ УОТЕРХАУЗА-ФРИДЕРИКСЕНА ПРИ менингококКцемии ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

бурным отеком головного мозга

развитием инфекционно-токсического шока

эндокардитом

кровоизлиянием в надпочечники

острой гиповолемией

231. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ менингококКОВОГО МЕНИНГИТА ОТНОСИТСЯ

быстрая потеря сознания

сильная головная боль и светобоязнь

геморрагическая «звездчатая» сыпь

гепатолиенальный синдром

невыраженность менингеальных симптомов

232. ЭТАПНОСТЬ ВЫСЫПАНИЯ СЫПИ ХАРАКТЕРНА

болезни Лайма

менингококкцемии

скарлатины

ветряной оспы

кори

233. ДЛЯ скарлатины ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

геморрагическая звездчатая

крупнопятнистая

пятнисто-папулезная

обильная мелкоточечная

везикулезная

234. ДЛЯ кори ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

геморрагическая звездчатая

пятнистая

пятнисто-папулезная со склонностью к слиянию

обильная мелкоточечная

везикулезная

235. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ДИФТЕРИИ ГОРТАНИ ОТНОСИТСЯ

экспираторная одышка

отсутствие изменения голоса

гиперемия верхней половины тела

свободное дыхание

«лающий» кашель

236. ПРИ ДИФТЕРИИ НАЛЕТЫ НА МИНДАЛИНАХ

рыхлые

бело-серого цвета с перламутровым оттенком

легко снимаются

не выступают над поверхностью миндалин

растираются между шпателями

237. ОТЛИЧИЕМ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОЙ И ТОКСИЧЕСКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

наличие «налетов» только на миндалинах

выраженные признаки общей интоксикации

афония

отек подкожно-жировой клетчатки шеи

«лающий» кашель

238. ОТЛИЧИЕМ ТОКСИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ ЗЕВА ОТ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМЫ ДИФТЕРИИ ЗЕВА ЯВЛЯЕТСЯ

распространение «налетов» за пределы миндалин

выраженные признаки общей интоксикации

боль при глотании

отек подкожно-жировой клетчатки шеи

увеличение регионарных лимфатических узлов

239. НАИБОЛЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ПРИ ДИФТЕРИЙНОМ МИОКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

синусовая тахикардия

депрессия сегмента ST

полная атриовентрикулярная блокада

удлинение интервала PQ

укорочение интервала QT

240. БОЛЕЗНЬ ЛАЙМА ПЕРЕДАЕТСЯ ЧЕРЕЗ УКУС

грызунов

домашних животных

москитов

клещей

мухи цеце

241. ХАРАКТЕРНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА (СИСТЕМНОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА) ЯВЛЯЕТСЯ

мигрирующая кольцевая эритема в месте входных ворот

очаговый миозит (миалгия)

поражение крупных и средних суставов

менингит

желтуха

242. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА ОТНОСИТСЯ

мигрирующая кольцевая эритема

полиартрит

лихорадка в сочетании с симптомами поражения центральной нервной системы

диарея

гепатомегалия

243. ПРИ АСИСТОЛИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО

введение адреналина

введение атропина

введение эуфиллина

проведение закрытого массажа сердца

проведение электрической дефибрилляции

244. СУММАРНАЯ ДОЗА АТРОПИНА, ВВОДИМАЯ ВНУТРИВЕННО ПРИ АСИСТОЛИИ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ

1 мг

2 мг

3 мг

6 мг

не ограничена

245. ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ВО ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

показано в любом случае

показано всегда при асистолии

показано при асистолии, обусловленной гиперкалиемией

показано всегда при фибрилляции желудочков

противопоказано в любом случае

246. ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ВО ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

показано в любом случае

показано всегда при асистолии, обусловленной гипокалиемией

показано при асистолии, обусловленной передозировкой антагонистов кальция

показано всегда при фибрилляции желудочков

противопоказано в любом случае

247. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВСЕГДА ДОЛЖНЫ ПРЕКРАЩАТЬСЯ

через 30 минут после их начала

через 15 минут неэффективного проведения

через 40 минут эффективного проведения

при восстановлении сердечной деятельности

по требованию родственников

248. АБСОЛЮТНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ КОМПЛЕКСА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессии грудной клетки

регистрация эффективной формы электрической активности сердца

появление пятен Лярше

положительный симптом «кошачьего глаза»

появление самостоятельного пульса на сонных артериях

249. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИВЛ ВЗРОСЛОМУ ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ КОМПЛЕКСА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОПТИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КИСЛОРОДА В ДЫХАТЕЛЬНОЙ СМЕСИ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ

100%

70-80%

50%

30%

21%

250. ОДН ЛЮБОГО ГЕНЕЗА ПЕРВОНАЧАЛЬНО ВЫЗЫВАЕТ

гипоксическую гипоксию

циркуляторную гипоксию

гемическую гипоксию

гистотоксическую гипоксию

смешанную гипоксию

251. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ОДН ЯВЛЯЕТСЯ

одышка

угнетение сознания

артериальная гипотензия

брадикардия

акроцианоз

252. ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ

является инвазивным методом

измеряет насыщение гемоглобина кислородом

отражает вентиляционные дыхательные нарушения

информативна при отравлении угарным газом

завышает реальные значения сатурации крови при гипотермии

253. КАПНОМЕТРИЯ

является инвазивным методом

позволяет измерять частоту пульса

измеряет насыщение гемоглобина углекислым газом

отражает вентиляционные дыхательные нарушения

является полноценной заменой пульсоксиметрии на догоспитальном этапе

254. РАЗВИТИЕ ШОКА ПРИ КЛАПАННОМ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ СО СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО

снижением сократительной способности миокарда

препятствием кровотоку в малом круге кровообращения

препятствием кровотоку в большом круге кровообращения

снижением венозного притока крови к сердцу

генерализованной вазодилатацией

255. РАЗВИТИЕ ШОКА ПРИ МАССИВНОЙ ТЭЛА ОБУСЛОВЛЕНО

снижением сократительной способности миокарда

препятствием кровотоку в малом круге кровообращения

препятствием кровотоку в большом круге кровообращения

снижением венозного притока крови к сердцу

генерализованной вазодилатацией

256. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПЕРВИЧНО ПРИМЕНЯЕТСЯ

проведение массивной инфузионной терапии

введение нитратов

введение сердечных гликозидов и глюкокортикоидных гормонов

введение вазопрессоров (норадреналин, мезатон)

введение кардиотоников (допамин, добутамин)

257. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПЕРВОЙ ФАЗЫ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО (СЕПТИЧЕСКОГО) ШОКА ОБУСЛОВЛЕНЫ

снижением сократительной способности миокарда

препятствием кровотоку в малом круге кровообращения

препятствием кровотоку в большом круге кровообращения

первичным снижением ОЦК

первичным снижением сосудистого тонуса

258. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВТОРОЙ ФАЗЫ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО (СЕПТИЧЕСКОГО) ШОКА ОБУСЛОВЛЕНЫ

снижением сократительной способности миокарда

препятствием кровотоку в малом круге кровообращения

препятствием кровотоку в большом круге кровообращения

первичным снижением ОЦК

первичным снижением сосудистого тонуса

259. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПЕРВОЙ ФАЗЕ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО (СЕПТИЧЕСКОГО) ШОКА ДОСТИГАЕТСЯ

проведение массивной инфузионной терапии

введением допамина в дозе 2,5-5 мкг/кг/мин

использованием глюкокортикоидных гормонов и вазопрессоров (норадреналин, допамин в дозе 10 и более мкг/кг/мин) на фоне инфузионной терапии

применением добутамина

применением сердечных гликозидов на фоне инфузии поляризующей смеси

260. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

снижение сократительной способности миокарда

препятствие кровотоку в малом круге кровообращения

препятствие кровотоку в большом круге кровообращения

первичное снижение ОЦК

первичное снижение сосудистого тонуса

261. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

супрастин

дексаметазон

адреналин

допамин

кальция глюконат

262. ПРИ ВНЕЗАПНОМ СНИЖЕНИИ АД ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО

супрастин

кордиамин

адреналин

глюкокортикоидные гормоны

раствор натрия гидрокарбоната

263. ДЛЯ ШОКА III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СИСТОЛИЧЕСКОЕ АД

ниже 60 мм рт.ст

60-80 мм рт.ст

90-100 мм рт.ст

100-120 мм рт.ст

130 мм рт.ст и выше

264. ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАДАЧЕЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

восполнение дефицита ОЦК

стимуляция сократительной способности миокарда

улучшение реологических свойств крови

коррекция электролитного баланса крови

повышение сосудистого тонуса

265. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ДОСТИГАЕТСЯ

проведением массивной инфузионной терапии

введением инотропов

введением вазопрессоров и глюкокортикоидных гормонов

проведением респираторной поддержки

стимуляцией диуреза

266. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ОБЪЕМЕ

400 мл

800 мл

50% предполагаемой кровопотери

100% предполагаемой кровопотери

200% предполагаемой кровопотери

267. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ I СТЕПЕНИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ

250 мл

500 мл

1000 мл

1500 мл

2000 мл

268. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ II СТЕПЕНИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ

250 мл

500 мл

1000 мл

1500-2000 мл

более 2000 мл

269. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ III СТЕПЕНИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ

250 мл

500 мл

1000 мл

1500-2000 мл

более 2000 мл

270. НАИМЕНЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА СКОРОСТЬ ВНУТРИВЕННОЙ ИНФУЗИИ ОКАЗЫВАЕТ

внутренний диаметр венозного катетера

длина венозного катетера

калибр вены (центральная или периферическая)

высота расположения флакона с инфузионным раствором

вид раствора (коллоидный или кристаллоидный раствор)

271. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

всегда противопоказана

проводится только справа

проводится только слева

при травме грудной клетки проводится на стороне повреждения

при травме грудной клетки проводится на стороне, противоположной повреждению

272. ВНУТРИКОСТНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

неприменим на догоспитальном этапе

позволяет проводить только медленную капельную инфузию

противопоказан для инфузии коллоидных препаратов

требует увеличения дозы вводимого препарата в 2 раза

обеспечивает такую же скорость наступления эффекта, как и внутривенный доступ

273. ПРИСТУПЫ СТЕНОКАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ОБМОРОКАМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

недостаточности клапанов аорты

митрального стеноза

недостаточности митрального клапана

стеноза устья аорты

вариантной стенокардии

274. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЭКВИВАЛЕНТОМ СТЕНОКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

тошнота, рвота

одышка

общая слабость

озноб

нарушение ритма сердца

275. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

анальгин

трамадол

нитроглицерин

валидол

нифедипин

276. ПРИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНА МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ

бронхоспазмом

брадикардией

диареей

артериальной гипотензией

брадипноэ

277. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ЭФФЕКТЕ ОТ ПРИЕМА НИТРОГЛИЦЕРИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ ПРИМЕНЯЮТ

анальгин

морфин

метопролол

нифедипин

кеторолак

278. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ У ПАЦИЕНТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

эуфиллин

кеторолак

верапамил

нифедипин

верапамил

279. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

абдоминальный

аритмический

ангинозный

астматический

цереброваскулярный

280. ОСНОВНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ТИПИЧНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

загрудинная боль продолжительностью более 20 минут

иррадиация боли в левую руку

артериальная гипертензия

общая слабость

одышка

281. БЕЗБОЛЕВОЙ ВАРИАНТ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С

ожирением

сахарным диабетом

постоянной формой фибрилляций предсердий

хронической обструктивной болезнью легких

бронхиальной астмой

282. ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ ПРИЗНАКОМ ОСТРЕЙШЕЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

патологический зубец Q

монофазная кривая ST-T

отрицательный зубец T

удлинение интервала QT

деформация желудочкового комплекса QRS

283. ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮТСЯ

тромбоэмболическими осложнениями

фибрилляцией желудочков

перикардитом

плевритом

аневризмой сердца

284. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

кардиогенный шок

отек легких

фибрилляция желудочков

гемотампонада сердца

полная атриовентрикулярная блокада

285. В ПЕРВЫЕ ТРИ ДНЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ

кардиогенного шока

нарушения ритма сердца

синдрома Дресслера

отека легких

разрыва миокарда

286. КУПИРОВАНИЕ ТЯЖЕЛОГО ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С

внутривенного введения эуфиллина

ингаляции β-2-адреномиметика через дозированный аэрозольный ингалятор

ингаляции беродуала через небулайзер

введения 4% раствора натрия гидрокарбоната

интубация трахеи и перевода пациента на ИВЛ

287. ДЛЯ ингаляцииОННОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

преднизолон

гидрокортизон

дексаметазон

эуфиллин

пульмикорт

288. ВВЕДЕНИЕ АТРОПИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПОКАЗАЕНО ПРИ

неэффективности симпатомиметиков

сопутствующих нарушениях ритма

передозировке сальбутамола

выраженной бронхорее

синдроме отмены глюкокортикоидов

289. АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ

тахикардию

мышечную дрожь

усиление кашлевого рефлекса

сгущение мокроты с затруднением ее эвакуации

остановку дыхания

290. ПОВЫШЕНИЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДОЗЫ ЭУФИЛЛИНА ТРЕБУЕТСЯ ПРИ

застойной сердечной недостаточности

злостном курении

хроническом заболевании печени

сопутствующей пневмонии

приеме преднизолона

291. ОПТИМАЛЬНЫМ РАСТВОРОМ ДЛЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ

4% раствор натрия гидрокарбоната

раствор гидроксиэтилкрахмала

0,9% раствор натрия хлорида

5% раствор глюкозы

реополиглюкин

292. УГНЕТЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРИ ИНГАЛЯЦИИ 100% КИСЛОРОДА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ

приступе атопической астмы

отеке легких у пациентов с митральным стенозом

синдроме Пиквика

массивной ТЭЛА

синдроме Мендельсона

293. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

полной атриовентрикулярной блокады

трепетании предсердий 5:1

суправентрикулярной тахикардии

ускоренного идиовентрикулярного ритма

фибрилляции предсердий с тахисистолией желудочков

294. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

внезапное начало

развитие патологических рефлексов

влажность кожных покровов

дыхание Куссмауля

повышение тонуса глазных яблок

295. ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

запах ацетона изо рта

симптом Бабинского

дыхание Чейн-Стокса

артериальная гипертензия

холодный пот

296. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭФФЕКТИВЕН

реланиум

галоперидол

пирацетам

кофеин

магния сульфат

297. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

кровотечение из наружного слухового прохода

сильное головокружение

рвота

потеря сознания

боль в ухе с иррадиацией в горло

298. РАЗМЕР ЛАДОНИ ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ ПО ОТНОШЕНИЮ К КОЖНОМУ ПОКРОВУ ТЕЛА

0,25%

0,5%

1%

1,5%

2%

299. ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ГОЛОВЫ И ШЕИ ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ

6%

9%

12%

18%

25%

300. К ОЧЕНЬ глубоким относятся ожоги

I степени

II степени

III степени

301. ОЖОГ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ГЛУБОКОМУ ОЖОГУ

5%

10%

15%

20%

25%

302. ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ПОСТРАДАВШИЕ С ПРИЗНАКАМИ ОЖОГА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

в любом случае

только при выраженном затруднении дыхания

только при признаках отравления угарным газом

только при их сочетании с поверхностными ожогами не менее 5% поверхности тела.

только при их сочетании с глубокими ожогами не менее 5% поверхности тела.

303. ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОДЛЕЖАТ ПОСТРАДАВШИЕ С ЭЛЕКТРООЖОГАМИ

в любом случае

только при наличии глубоких ожогов не менее 5% поверхности тела

только при наличии глубоких ожогов не менее 10% поверхности тела

только при их сочетании с нарушениями сердечного ритма

только при их сочетании с угнетением сознания

304. ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛАЗМЫ КРОВИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НАЧИНАЮТ РАЗВИВАТЬСЯ

в компрессионном периоде

в момент декомпрессии

через 2 часа после декомпрессии

через 6 часа после декомпрессии

через 12 часа после декомпрессии

305. ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ПРОВЕДЕНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

обязательно

показано только после освобождения сдавленной конечности

показано только при артериальной гипотензии

допустимо только при обеспечении контроля за скоростью диуреза

противопоказано

306. ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

обязательно

показано только при наличии переломов костей

противопоказано до освобождения сдавленной конечности

противопоказано при выраженной интоксикации

допустимо только ненаркотическими анальгетиками

307. ОСТРО ВОЗНИКШАЯ В АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ОДНОСТОРОННЯЯ БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, СВЯЗАННАЯ С АКТОМ ДЫХАНИЯ, ТРЕБУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

спонтанный пневмоторакс

острый плеврит

межреберную невралгию

тромбоэмболию легочной артерии

308. ПРИ НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ ПРОЕЗЖАЮЩАЯ МИМО БРИГАДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЯЗАНА ОСТАНОВИТЬСЯ

всегда

только если она следует на экстренный вызов

только если она следует с вызова без пациента

только при наличии на месте происшествия сотрудников полиции

только при наличии в составе бригады не менее 2 сотрудников

309. ПО ТРЕБОВАНИЮ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО РОДСТВЕННИКОВ ВРАЧ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЯЗАН

госпитализировать пациента в указанный ими стационар

детально информировать их о проводимом обследовании, лечении и возможных последствиях

оставить копию карты вызова и пустые ампулы от введенных лекарственных препаратов

при отсутствии необходимости в госпитализации выписать рецепты на лекарственные препараты для продолжения амбулаторного лечения

обеспечить сопровождение госпитализируемого пациента родственниками в санитарном транспорте

310. ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ КАТЕГОРИЧЕСКИЙ ОТКАЗ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА ОТ НЕЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ

проигнорирован

письменно подтвержден пациентом в карте вызова

письменно оформлен в присутствии 2 свидетелей

письменно оформлен в присутствии сотрудника полиции

письменно оформлен в присутствии вызванного врача линейного контроля

311. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ВЫЗОВА ЗА 10 МИНУТ ДО ВРЕМЕНИ ОКОНЧАНИЯ ДЕЖУРСТВА ВРАЧ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

может покинуть территорию станции (подстанции, отделения) при наступлении времени окончания дежурства, не дожидаясь смены

должен дождаться смены, не выезжая на поступивший вызов

при отсутствии смены должен выехать для выполнения вызова в любом случае

при отсутствии смены должен выехать для выполнения вызова только при его поступлении из общественного места

при отсутствии смены должен выехать для выполнения вызова только при необходимости оказания помощи ребенку

312. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРУПА БРИГАДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

должна осуществить его перевозку в морг в любом случае

всегда осуществляет его перевозку в морг из общественного места

осуществляет его перевозку в морг только по требованию сотрудников полиции

осуществляет перевозку в морг только детских трупов

никогда не осуществляет его перевозку в морг

313. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРУПА ВРАЧ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

не заводит карту вызова

в карте вызова записывает диагноз «Смерть до 03» только при наличии свидетелей происшествия

в карте вызова записывает диагноз «Смерть до 03» только при наличии признаков трупного окоченения

в карте вызова записывает диагноз «Констатация смерти»

в карте вызова записывает диагноз «Смерть до 03» только при нахождении трупа в квартире

314. ЕСЛИ НАХОДЯЩИЙСЯ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ В ОБЩЕСТВЕННОМ МЕСТЕ ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ ОСМОТРА, ПРИБЫВШАЯ НА ВЫЗОВ БРИГАДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

уезжает с места вызова

вызывает сотрудников полиции

вызывает родственников данного лица

вызывает дополнительную бригаду скорой медицинской помощи

самостоятельно осуществляет транспортировку в медвытрезвитель

315. САНИТАРНЫЙ АВТОМОБИЛЬ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА МЕСТЕ ДЕЖУРСТВА ДОЛЖЕН БЫТЬ РАСПОЛОЖЕН ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТОБЫ

до объекта дежурства было не более 50 метров

из окна санитарного автомобиля был виден объект дежурства

сотрудники полиции располагались не дальше 10 метров

экстренный вызов не требовал дополнительных маневров

в непосредственной близости могли располагаться еще не менее 3 санитарных машин

316. ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

высокой скоростью наступления эффекта

выраженной стадией возбуждения

низкой эффективностью

токсическим воздействием анестетика на медицинский персонал

317. ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ КЕТАМИНА В ДОЗЕ 1-2 МГ/КГ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

снижением систолического артериального давления

брадикардией

бронхоспазмом

выраженной анальгезией

угнетением кашлевого рефлекса

318. ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ КЕТАМИНА В ДОЗЕ 1 МГ/КГ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

увеличением саливации

снижением тонуса жевательной мускулатуры

угнетением дыхания

отсутствием анальгезии

сохранением сознания

319. ВВЕДЕНИЕ АТРОПИНА ПЕРЕД КЕТАМИНОМ ПРЕДОТВРАЩАЕТ

повышение АД

урежение ритма дыхания

возникновение галлюцинаций

гиперсаливацию

развитие тахикардии

320. ВВЕДЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ ПЕРЕД КЕТАМИНОМ ПРЕДОТВРАЩАЕТ

угнетение сознания

урежение ритма дыхания

возникновение галлюцинаций

гиперсаливацию

бронхоспазм

321. ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ КЕТАМИН ВВОДИТСЯ ВНУТРИВЕННО В ДОЗЕ

0,5 мг/кг

1 мг/кг

2 мг/кг

5мг/кг

10 мг/кг

322. ПОСЛЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ КЕТАМИНА ИНТУБАЦИЮ ТРАХЕИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ

10-15 секунд

20-30 секунд

60-90 секунд

3 минуты

5 минут

323. ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ КЕТАМИН

противопоказан

вводится внутривенно в дозе 0,5 мг/кг

вводится внутривенно в дозе 1 мг/кг

вводится внутривенно в дозе 2 мг/кг

вводится внутривенно в дозе 5 мг/кг

324. ПОСЛЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ КЕТАМИНА ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ

10-15 секунд

20-30 секунд

60-90 секунд

3 минуты

5 минут

325. К ГРУППЕ ИСТИННЫХ ОПИАТОВ ОТНОСИТСЯ

кеторолак

трамадол

фентанил

кетамин

лидокаин

326. К ГРУППЕ ИСТИННЫХ ОПИАТОВ ОТНОСИТСЯ

анальгин

морфин

гексенал

налоксон

трамадол

327. ПРИ ВВЕДЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ

увеличивается глубина дыхания

учащается дыхание

развивается тахикардия

развивается мидриаз

купируется бронхоспазм

328. НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫМ АНАЛЬГЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

омнопон

морфин

трамадол

фентанил

промедол

329. НАИБОЛЕЕ КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИМ АНАЛЬГЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

кеторолак

морфин

трамадол

фентанил

промедол

330. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ФЕНТАНИЛА МАКСИМАЛЬНЫЙ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

5 секунд

20-30 секунд

1-2 минуты

5 минут

10-15 минут

331. АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА ПРОДОЛЖАЕТСЯ

2 минуты

5-10 минут

15-30 минут

1 час

2 часа

332. АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С

налоксоном

кеторолаком

атропином

допамином

эуфиллином

333. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИВЛ ВО ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ВЗРОСЛОМУ ОПТИМАЛЬНОЕ СОДЕРЖАНИЕ КИСЛОРОДА В ДЫХАТЕЛЬНОЙ СМЕСИ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ

100%

не более 80%

50%

21%

ниже 21%

334. ПРЕКАРДИАЛЬНЫЙ УДАР

показан всегда при отсутствии сознания у пациента

показан всегда при внезапной остановке кровообращения в присутствии бригады скорой медицинской помощи

показан только при подтвержденной фибрилляции желудочков

показан только при подтвержденной асистолии

противопоказан всегда на догоспитальном этапе

335. ПРЕКАРДИАЛЬНЫЙ УДАР НАИБОЛЕЕ ЭФЕКТИВЕН ПРИ

фибрилляции желудочков

желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях

асистолии

идиовентрикулярном ритме

полной атриовентрикулярной блокаде

336. ПРЕКАРДИАЛЬНЫЙ УДАР ДОЛЖЕН ПРОВОДИТЬСЯ

всегда однократно каждые 5 минут реанимационного пособия

однократно каждые 5 минут реанимационного пособия при отсутствии электрического дефибриллятора

трехкратно каждые 5 минут реанимационного пособия при отсутствии электрического дефибриллятора

однократно только в начале реанимационных мероприятий

трехкратно каждые в начале реанимационных мероприятий

337. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ЭФФЕКТИВНА ПРИ РЕГИСТРАЦИИ НА ЭКГ

асистолии

идиовентрикулярного ритма

фибрилляции желудочков

полной атриовентрикулярной блокаде

синусовой брадикардии

338. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПЕРВОГО РАЗРЯДА ЭЛЕТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ НЕОБХОДИМО

проводить закрытый массаж сердца в течение 7 минут

выявить картину фибрилляции желудочков на мониторе электрического дефибриллятора

внутривенно ввести лидокаин

внутривенно ввести кальция глюконат

внутривенно ввести раствор натрия гидрокарбоната

339 ДЛЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ НЕОБХОДИМО

включить режим синхронизации

смазать электроды дефибриллятора гелем для электродов электрокардиографа или датчика эхографии

избегать плотного прижатия электродов дефибриллятора к телу пациента

исключить контакт электродов дефибриллятора между собой

пальпаторно контролировать пульс на бедренной артерии во время разряда

340. КОНТРОЛЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА И ПУЛЬСА ПОСЛЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

сразу после проведения разряда

только после 1,5-2 минут проведения первичной СЛЦР

только через 5 минут проведения первичной СЛЦР

только после внутривенного введения адреналина

только после внутривенного введения кальция глюконата

341. ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ МОНОФАЗНЫМ ИМПУЛЬСОМ У ВЗРОСЛОГО НАЧИНАЮТ С РАЗРЯДА

500 Дж

360 Дж

200 Дж

150 Дж

100 Дж

342. ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ БИФАЗНЫМ ИМПУЛЬСОМ У ВЗРОСЛОГО НАЧИНАЮТ С РАЗРЯДА

360 Дж

300 Дж

150-200 Дж

100 Дж

50 Дж

343. СРАЗУ ПОСЛЕ ПЕРВОГО РАЗРЯДА, ПРОВЕДЕННОГО МОНОФАЗНЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ДЕФИБРИЛЛЯТОРОМ, НЕОБХОДИМО

определить форму электрической активности сердца на кардиомониторе

определить наличие пульса на сонных ар артериях в течение 20 секунд

провести не менее 3 циклов первичной СЛЦР

провести повторную электрическую дефибрилляцию тем же разрядом

провести повторную электрическую дефибрилляцию разрядом большей энергии

344. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ АДРЕНАЛИН

противопоказан при асистолии

противопоказан при фибрилляции желудочков

противопоказан при электромеханической диссоциации

показан только при желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях

показан при любой форме электрической активности сердца

345. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ АДРЕНАЛИН

вводится лишь однократно в начале реанимационного пособия в дозе 1 мг внутривенно

вводится лишь однократно в начале реанимационного пособия в дозе 3 мг внутривенно

вводится лишь однократно в дозе 2 мг интратрахеально

вводится внутривенно по 1 мг каждые 3 минуты

вводится интратрахеально по 1 мг каждые 5 минут

346. ПРИ СОХРАНЯЮЩЕЙСЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН

лидокаин

атропин

АТФ

амиодарон

эуфиллин

347. НАЧАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА ВНУТРИВЕННО ВВОДИМОГО АМИОДАРОНА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У ВЗРОСЛОГО

75 мг

150 мг

225 мг

300 мг

450 мг

348. ПРИ СОХРАНЯЮЩЕЙСЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ И НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АМИОДАРОНА ПОКАЗАН

изоптин

атропин

АТФ

лидокаин

допамин

349. НАЧАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА ВНУТРИВЕННО ВВОДИМОГО ЛИДОКАИНА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ

40 мг

50 мг

90-100 мг

200 мг

300 мг

350. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОТМЕЧАЮТСЯ

резкие «кинжальные» боли, интенсивность которых постоянно нарастает

схваткообразные боли, усиливающиеся синхронно с перистальтикой кишечника

схваткообразные боли, которые ослабевают при появлении перистальтики кишечника

постоянные боли, не зависящие от перистальтики кишечника

351. ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СВЯЗАНЫ С

повышением уровня стояния диафрагмы

понижением уровня стояния диафрагмы

только с имеющимися хроническими процессами со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы

с реакцией организма на боль

352. ТАБЛЕТИРОВАННЫЙ ЯД МОЖЕТ НАХОДИТЬСЯ В СКЛАДКАХ ЖЕЛУДКА В ТЕЧЕНИЕ

1-2 часов

4-6 часов

12-18 часов

24-48 часов

4-6 суток

353. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ

не меняется в обоих глазах

резко повышается в обоих глазах

всегда резко повышается на стороне поражения

резко повышается на стороне поражения только в молодом возрасте

всегда понижается на стороне поражения

354. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

резкое сужение зрачка на стороне поражения

снижение чувствительности роговицы на стороне поражения

пальпаторно определяемое мягкое глазное яблоко на стороне поражения

светобоязнь

интенсивная боль в глазу без иррадиации

355. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

пальпаторно определяемое твердое глазное яблоко на стороне поражения

сужение зрачка на стороне поражения

чувство двоения в глазах

сохранение реакции зрачка пораженного глаза на свет

сохранение остроты зрения

356. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

отсутствие изменений конъюнктивы глазного яблока на стороне поражения

сужение зрачка на стороне поражения

ощущение радужных кругов и тумана перед глазами

сохранение реакции зрачка пораженного глаза на свет

светобоязнь

357. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ГЛАУКОМЫ НА СТОРОНЕ ПОРАЖЕНИЯ

отсутствует покраснение глаза

наблюдается диффузное помутнение роговицы

выявляется сужение зрачка

через веко пальпируется мягкое тестоватой консистенции глазное яблоко

сохраняется реакция зрачка на свет

358. У НОВОРОЖДЕННОГО НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

70 в минуту

96 в минуту

112 в минуту

140 в минуту

170 в минуту

359. У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 6 МЕСЯЦЕВ НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

86 в минуту

110 в минуту

120 в минуту

136 в минуту

150 в минуту

360. У НОВОРОЖДЕННОГО НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ

9 в минуту

16 в минуту

26 в минуту

50 в минуту

72 в минуту

361. У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 6 МЕСЯЦЕВ НОРМАЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ

16 в минуту

26 в минуту

30 в минуту

42 в минуту

58 в минуту

362. ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ ТОНОМЕТРОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНЖЕТКИ ВЗРОСЛОГО РАЗМЕРА

не влияет на правильность измерения

завышает реальный уровень систолического артериального давления

занижает реальный уровень систолического артериального давления

завышает реальный уровень диастолического артериального давления

занижает реальный уровень диастолического артериального давления

363. У РЕБЕНКА ВОЗРАСТОМ 1 ГОД НОРМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

50/20 мм рт.ст.

70/40 мм рт.ст.

90/60 мм рт.ст.

120/80 мм рт.ст.

140/90 мм рт.ст.

364. К ОСОБЕННОСТЯМ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ОТНОСИТСЯ

наличие короткого надгортанника

максимальное сужение гортани в области голосовой щели

необходимость максимального переразгибания головы в шейном отделе

использование безманжеточных эндотрахеальных трубок

необходимость фиксации дистального конца интубационной трубки ниже бифуркации трахеи

365. ВНУТРИКОСТНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЕТЯМ МЛАДШЕ 12 ЛЕТ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

не используется

осуществляется в тех же точках, что и у взрослых

не применим для проведения инфузионной терапии, корригирующей гиповолемию

не имеет специфических осложнений по сравнению с внутрикостным доступом у взрослых

обеспечивает потенциально большую скорость инфузии по сравнению с внутрикостным доступом у взрослых

366. ПРИ ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЕТЯМ ИХ ДОЗА ПО СРАВНЕНИЮ С ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ

уменьшается в 3 раза

уменьшается в 2 раза

не меняется

увеличивается в 2 раза

увеличивается в 3 раза

367. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

0,01 мг/кг веса

0,05 мг/кг веса

0,1 мг/кг веса

0,2 мг/кг веса

0,5 мг/кг

368. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АТРОПИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

0,01 мг/кг веса

0,02 мг/кг веса

0,05 мг/кг веса

0,1 мг/кг веса

0,2 мг/кг веса

369. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА ЛИДОКАИНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

0,1 мг/кг веса

0,2 мг/кг веса

0,5 мг/кг веса

1 мг/кг веса

2-3 мг/кг веса

370. РАЗОВАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА У ДЕТЕЙ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

1 мг/кг веса

2 мг/кг веса

5 мг/кг веса

10 мг/кг веса

20 мг/кг веса

371. К ОСОБЕННОСТЯМ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

первичная остановка сердца в качестве основной причины наступления клинической смерти

обязательное применение электрической дефибрилляции в любом случае остановки кровообращения

начало реанимационных мероприятий с 2 искусственных вдохов

ограничение суммарной дозы внутривенно вводимого адреналина 0,05 мг/кг веса

запрет на интратрахеальное введение любых лекарственных препаратов во время проведения сердечно-легочной реанимации

372. КОМПРЕССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ

40 в минуту

60 в минуту

80 в минуту

120 - 130 в минуту

100 в минуту

373. ПО ПОКАЗАНИЯМ ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ РЕБЕНКУ ПРОВОДИТСЯ РАЗРЯДОМ

всегда 300 Дж при использовании монофазного дефибриллятора

всегда 200 Дж при использовании любого типа дефибрилляторов

2 Дж/кг веса

4 Дж/кг веса

10 Дж/кг веса

374. ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ГОЛОВЫ И ШЕИ РЕБЕНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

6%

9%

12%

18%

25%

375. СУММАРНАЯ ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ТУЛОВИЩА РЕБЕНКА 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

18%

276%

36%

54%

72%

376. ИЗ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВИДОВ ШОКА У ДЕТЕЙ РЕЖЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

анафилактический

ожоговый

инфекционно-токсический

травматический

кардиогенный

377. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСИТСЯ

сохранение нормальной температуры тела

уменьшение беспокойства во время кормления

усиление крика и двигательного беспокойства при надавливании на козелок ушной раковины

положительный симптом Кернига

гноетечение из слухового прохода

378. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА ПРИ СПАЗМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ПОКАЗАНО

применение физических методов охлаждения

введение кальция глюконата

введение реланиума

введение анальгина

введение 20-40% раствора глюкозы

379. ДЛЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕ 1 ГОДА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

дизентерия

ротовирусная инфекция

сальмонеллез

стафилококковый энтероколит

кампилобактериоз

380. РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО БОЛЕЮТ В ВОЗРАСТЕ

до 1 месяца

6-24 месяцев

3-7 лет

8-16 лет

50-60 лет

381. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РОТОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

гипертермия с выраженными катаральными явлениями

появление полиморфной сыпи и сильного кожного зуда в начале за­болевания без гипертермии

появление рвоты в сочетании с гипертермией, а затем диарея

гипертермия в сочетании с ангиной и шейным лимфаденитом

гипертермией в сочетании с диареей, сопровождающейся тенезмами

382. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ЭКСИКОЗА I СТЕПЕНИ ОТНОСИТСЯ

олигурия

адинамия

жажда, сухость слизистых оболочек

артериальная гипотензия

развитие судорог

383. ПРИМЕНЕНИЕ ЖАРОПОНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ С ЛИХОРАДКОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО

всегда при гипертермии выше 38°С

только при признаках «бледной лихорадки»

при гипертермии выше 38°С и наличии в анамнезе судорог на фоне гипертермии

только при сопутствующих заболеваниях сердца

при сочетании с болью в эпигастральной области

384. ПРИ ЛИХОРАДКЕ ВЫШЕ 39°С У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

анальгина

ацетилсалициловой кислоты

ибупрофена

парацетамола

димедрола

385. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРИ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

всегда

при гипертермии выше 38°С

при признаках «бледной лихорадки»

при сопутствующих заболеваниях сердца

при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела

386. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ЛИХОРАДКЕ ВЫШЕ 39°С ОБЯЗАТЕЛЬНА

всегда

всегда, если ребенок младше 5 лет

при отсутствии эффекта от жаропонижающей терапии

при наличии сопутствующей соматической патологии, только если ребенок младше 1 месяца

только по социальным показаниям

387. У ДЕТЕЙ С «АСПИРИНОВОЙ ТРИАДОЙ» В КАЧЕСТВЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО ПРЕПАРАТА ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ

анальгина

ибупрофена

диклофенака

трамадола

кеторолака

388. СИНДРОМ РЕЯ ОБУСЛОВЛЕН ПРИЕМОМ

анальгина

ацетилсалициловой кислоты

ибупрофена

парацетамола

димедрола

389. СИМПТОМОКОМПЛЕКС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ РАЗВИТИЕ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЫ, ОСТРОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ С ОТЕКОМ МОЗГА И ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ НА ФОНЕ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРИЕМА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

отравления салицилатами

«аспириновой триады»

синдрома Рея

вирусного менингита

продромы вирусного гепатита А

390. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ПЕРЕДОЗИРОВКИ НАФТИЗИНА ИЛИ ГАЛАЗОЛИНА У ДЕТЕЙ ОТНОСИТСЯ

гиперемия кожных покровов

гипертермия

брадикардия

возбуждение

сухость кожных покровов

391. В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НАФТИЗИНОМ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЮТ

налоксон

атропин

клофелин

анаприлин

амиодарон

392. НЕПРОДУКТИВНЫЙ КАШЕЛЬ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

беззвучностью

возможностью спонтанного дыхания

способностью словесного ответа на вопросы

отсутствием цианоза

сохранением сознания

393. ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РЕБЕНКА ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ И НАЛИЧИИ НЕПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

активные мероприятия по удалению инородного тела не проводятся

детям любого возраста противопоказано нанесение ударов по спине между лопатками

детям любого возраста необходимо выполнить абдоминальные толчки (прием Геймлиха)

детям младше 1 года противопоказано выполнение приема Геймлиха

необходимо, в первую очередь, выполнить коникотомию

394. ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭПИГЛОТТИТА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

вынужденное положение горизонтально на спине

гипотермия

рассеянные сухие хрипы при аускультации легких

быстрое нарастание обструкции верхних дыхательных путей на фоне выраженной дисфонии и дисфагии

экспираторная одышка

395. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ РЕБЕНКА С ЭПИГЛОТТИТОМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

лежа на носилках с приподнятым головным концом

лежа на носилках с опущенным головным концом

лежа горизонтально на носилках

сидя с запрокинутой назад головой

сидя с наклоненной вперед головой

396. В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

цианоз кожных покровов и слизистых оболочек

осиплость голоса

экспираторная одышка

наличие влажных крупнопузырчатых хрипов в легких при аускультации

«лающий» кашель

397. ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИМ ЛАРИНГОТРАХЕИТЕ II-III СТЕПЕНИ У РЕБЕНКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

достаточно ограничиться проведением паровых ингаляций и отвлекающей терапии (горячие ножные ванночки, обильное теплое питье)

показано введение глюкокортикоидных гормонов через небулайзер или внутривенно

показано внутривенное или внутримышечное введение кордиамина и кофеина при затруднении дыхания

противопоказана ингаляция кислорода

необходима незамедлительная интубация трахеи или коникотомия

398. ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО

проведение паровых ингаляций

введение беродуала через небулайзер

введение глюкокортикоидных гормонов через небулайзер или внутривенно

внутривенное введение эуфиллина

399. НЕБУЛАЙЗЕРНУЮ ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ БУДЕСОНИДОМ (ПУЛЬМИКОРТОМ) МОЖНО ПРОВОДИТЬ ДЕТЯМ С

2 месяцев

6 месяцев

2 лет

6 лет

12 лет

400. ПРИ СИНДРОМЕ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ИНГАЛЯЦИЯ БЕРОДУАЛА ДОПУСТИМА ДЕТЯМ С

3 месяцев

1 года

3 лет

6 лет

12 лет

401. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

развитие инфаркта миокарда на фоне блокады левой ножки пучка Гиса

выраженный подъем сегмента SТ в отведениях

геморрагический инсульт в анамнезе

полная атриовентрикулярная блокада

повторный инфаркт миокарда

402. ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ, НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

нитратов

фуросемида

антагонистом кальция

β-адреноблокаторов

допамина

403. СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

удлинением интервала РQ

удлинением интервала РР

расширением зубца Р

удлинением интервала QТ

уширением комплекса QRS

404. ВЕДУЩИМ ПРИЗНАКОМ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

боль в грудной клетке, связанная с дыханием

лихорадка

постоянная инспираторная одышка

лающий кашель

приступы одышки с удлиненным выдохом

405. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОМ КЕТОАЦИДОЗЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

5% раствор глюкозы

0,9% раствор натрия хлорида

4% раствор натрия гидрокарбоната

полиглюкин

реополиглюкин

406. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ ГЛЮКОМЕТРА (ГЛЮКОТЕСТА) ПРИ СОДЕРЖАНИИ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ УЖЕ МЕНЬШЕ

8,2 ммоль/л

5,5 ммоль/л

3,3 ммоль/л

2,6 ммоль/л

1,5 ммоль/л

407. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

постепенное развитие

снижение тонуса глазных яблок

гиповолемия

влажность кожных покровов

дыхание Куссмауля

408. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВНУТРИВЕННО ВВОДИТСЯ

40 мл 40% раствора глюкозы

налоксон 0,4-0,8 мг

40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 6-8 ЕД инсулина

200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 капель в минуту

раствор «Дисоль»

409. ПРИ ОСТРОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

глюкокортикоидных гормонов

дигоксина

кордиамина

панангина

эуфиллин

410. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕНЫ КОНЕЧНОСТИ ТРЕБУЕТ НАЛОЖЕНИЯ

кровоостанавливающего жгута ниже места повреждения

кровоостанавливающего жгута выше места повреждения

импровизированной закрутки выше и ниже места повреждения

давящей повязки на место повреждения

давящей повязки выше места повреждения

411. КРИТЕРИЕМ ПРАВИЛЬНОСТИ НАЛОЖЕНИЯ ДАВЯЩЕЙ ПОВЯЗКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВЕНЫ КОНЕЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

бледность конечности ниже места наложения повязки

отечность конечности выше места наложения повязки

ослабление кровотечения

исчезновение пульса на конечности ниже места наложения повязки

появление петехиальной сыпи ниже места наложения повязки

412. В ОТЛИЧИЕ ОТ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ПРИ ЗАКРЫТОМ ПЕРЕЛОМЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

боль в области повреждения

обильное наружное кровотечение в области повреждения

отсутствие раны мягких тканей, сообщающейся с областью перелома

ограничение движения в поврежденной конечности

патологическая подвижность в области повреждения

413. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ЯВЛЯЕТСЯ

боль в области повреждения

повреждение кожных покровов в области повреждения с наличием отломков в ране

смещение оси поврежденной конечности

ограничение движения в поврежденной конечности

патологическая подвижность в области повреждения

414. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КЛЮЧИЦЫ

осуществляется путем заведения поврежденной верхней конечности за голову с фиксацией к шее

заключается в наложении повязки Дезо

в наложении восьмиобразной повязки

осуществляется приведением выпрямленной конечности к туловищу с фиксацией бинтом

не проводится

415. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ АРТЕРИИ КИСТИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

ближе к ране

накладывается в верхней трети плеча

накладывается в средней трети плеча

накладывается в средней трети предплечья

накладывается в нижней трети предплечья

416. ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА БЕДРА В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

сглаженность контуров коленного сустава

деформация конечности в области перелома

боль и коленном суставе при давлении в этой области по оси бедра

гематома в области тазобедренного сустава

удлинение поврежденной конечности

417. ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ЗАКРЫТОМ ДИАФИЗАРНОМ ПЕРЕЛОМЕ БЕДРА У ВЗРОСЛОГО МАКСИМАЛЬНО ДОСТИГАЕТ

500 мл

1000 мл

1500 мл

2000 мл

2500 мл

418. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

накладывается ближе к ране

накладывается в верхней трети бедра

накладывается в нижней трети бедра

накладывается не выше 5 см от места повреждения

накладывается на место повреждения

419. ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРА ШИНА ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

не применяется

располагается от пальцев стопы до подмышечной впадины

располагается от пальцев стоны до тазобедренного сустава

располагается от середины голени до подмышечной впадины

располагается от коленного до тазобедренного сустава

420. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ СТОПЫ С АРТЕРИАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

накладывается ближе к ране

накладывается в верхней трети бедра

накладывается в нижней трети бедра

накладывается в верхней трети голени

накладывается в нижней трети голени

421. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНОЧНИКА В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОСТРАДАВШИЕ ТРАНСПОРТИРУЮТСЯ

только сидя

на щите, лежа на спине с головой, приведенной к груди

на щите, лежа на спине с наложенной шиной-воротником

на щите, лежа на спине с запрокинутой головой

на щите, лежа па животе с наложенной шиной-воротником

422. ПЕРЕД НАЧАЛОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЗАКИСЬЮ АЗОТА НЕОБХОДИМО

проводить ингаляцию 100% кислородом

ввести внутривенно наркотические анальгетики

ввести внутривенно транквилизаторы

ввести внутривенно глюкокортикоидные гормоны

исключить повреждение внутренних органов при закрытой травме живота

423. ДЛЯ УСИЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЗАКИСИ АЗОТА ВОЗМОЖНО

увеличить содержание закиси азота во вдыхаемой смеси более 80%

увеличить содержание кислорода во вдыхаемой смеси более 50%

увеличить суммарный поток закиси азота и кислорода до 24 литров в минуту

внутривенно ввести наркотические анальгетики

внутривенно ввести пирацетам

424. В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КРУПНЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ТРАВМЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН

кеторолак

морфин

трамадол

фентанил

метамизол

425. В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРЕЛОМА ДИАФИЗА БЕДРА С УШИБОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА И КОМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗЕН

кеторолак

морфии

трамадол

фентанил

омнопон

426. ПРИ СОЧЕТАНИИ ТРАВМЫ ЖИВОТА И СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

противопоказано

допустимо только при проникающих ранениях брюшной полости

допустимо только при отсутствии артериальной гипотензии

обязательно перед проведением транспортной иммобилизации

проводится только ненаркотическими анальгетиками

427. ВВЕДЕНИЕ ТРАМАДОЛА ПРИ СОЧЕТАНИИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ОТКРЫТЫМ ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

может усилить внутрибрюшное кровотечение

не позволяет добиться адекватной анальгезии

провоцирует депрессию дыхания

всегда сопровождается угнетением сознания

позволяет достичь управляемого по времени обезболивания

428. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРУПА БРИГАДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

должна осуществить его перевозку в морг в любом случае

всегда осуществляет его перевозку в морг из общественного места

осуществляет его перевозку в морг только по требованию сотрудников полиции

осуществляет перевозку в морг только детских трупов

никогда не осуществляет его перевозку в морг

429. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ТРУПА СОТРУДНИК СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

не заводит карту вызова

в карте вызова записывает диагноз «Смерть до 03» только при наличии свидетелей происшествия

в карте вызова записывает диагноз «Смерть до 03» только при наличии признаков трупного окоченения

в карте вызова записывает диагноз «Констатация смерти»

в карте вызова записывает диагноз «Смерть до 03» только при нахождении трупа в квартире

430. ПОСЛЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ КЕТАМИНА ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ ЧЕРЕЗ

10-15 секунд

20-30 секунд

60-90 секунд

3 минуты

5 минут

431. К ГРУППЕ ИСТИННЫХ ОПИАТОВ ОТНОСИТСЯ

кеторолак

трамадол

фентанил

кетамин

лидокаин

432. К ГРУППЕ ИСТИННЫХ ОПИАТОВ ОТНОСИТСЯ

анальгин

морфин

гексенал

налоксон

трамадол

433. ПРИ ВВЕДЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ

увеличивается глубина дыхания

учащается дыхание

развивается тахикардия

развивается мидриаз

купируется бронхоспазм

434. НАИБОЛЕЕ СИЛЬНЫМ АНАЛЬГЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

омнопон

морфин

трамадол

фентанил

промедол

435. НАИБОЛЕЕ КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИМ АНАЛЬГЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

кеторолак

морфин

трамадол

фентанил

промедол

436. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ФЕНТАНИЛА МАКСИМАЛЬНЫЙ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

5 секунд

20-30 секунд

1-2 минуты

5 минут

10-15 минут

437. АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА ПРОДОЛЖАЕТСЯ

2 минуты

5-10 минут

15-30 минут

1 час

2 часа

438. АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА ПРОДЛЕВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ С

налоксоном

кеторолаком

атропином

допамином

эуфиллином

439. ПРЕКАРДИАЛЬНЫЙ УДАР

показан всегда при отсутствии сознания у пациента

показан всегда при внезапной остановке кровообращения в присутствии бригады скорой медицинской помощи

показан только при подтвержденной фибрилляции желудочков

показан только при подтвержденной асистолии

противопоказан всегда на догоспитальном этапе

440. ПРЕКАРДИАЛЬНЫЙ УДАР НАИБОЛЕЕ ЭФЕКТИВЕН ПРИ

фибрилляции желудочков

желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях

асистолии

идиовентрикулярном ритме

полной атриовентрикулярной блокаде

441. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВСЕГДА ДОЛЖНЫ ПРЕКРАЩАТЬСЯ

через 30 минут после их начала

через 15 минут неэффективного проведения

через 40 минут эффективного проведения

при восстановлении сердечной деятельности

по требованию родственников

442. АБСОЛЮТНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ КОМПЛЕКСА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНО-ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессии грудной клетки

регистрация эффективной формы электрической активности сердца

появление пятен Лярше

положительный симптом «кошачьего глаза»

появление самостоятельного пульса на сонных артериях

443. ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ

является инвазивным методом

измеряет насыщение гемоглобина кислородом

отражает вентиляционные дыхательные нарушения

информативна при отравлении угарным газом

завышает реальные значения сатурации крови при гипотермии

444. РАЗВИТИЕ ШОКА ПРИ МАССИВНОЙ ТЭЛА ОБУСЛОВЛЕНО

снижением сократительной способности миокарда

препятствием кровотоку в малом круге кровообращения

препятствием кровотоку в большом круге кровообращения

снижением венозного притока крови к сердцу

генерализованной вазодилатацией

445. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПЕРВИЧНО ПРИМЕНЯЕТСЯ

проведение массивной инфузионной терапии

введение нитратов

введение сердечных гликозидов и глюкокортикоидных гормонов

введение вазопрессоров (норадреналин, мезатон)

введение кардиотоников (допамин, добутамин)

446. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПЕРВОЙ ФАЗЕ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО (СЕПТИЧЕСКОГО) ШОКА ДОСТИГАЕТСЯ

проведение массивной инфузионной терапии

введением допамина в дозе 2,5-5 мкг/кг/мин

использованием глюкокортикоидных гормонов и вазопрессоров (норадреналин, допамин в дозе 10 и более мкг/кг/мин) на фоне инфузионной терапии

применением добутамина

применением сердечных гликозидов на фоне инфузии поляризующей смеси

447. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПЕРВОЙ ФАЗЕ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО (СЕПТИЧЕСКОГО) ШОКА ДОСТИГАЕТСЯ

проведение массивной инфузионной терапии

введением допамина в дозе 2,5-5 мкг/кг/мин

использованием глюкокортикоидных гормонов и вазопрессоров (норадреналин, допамин в дозе 10 и более мкг/кг/мин) на фоне инфузионной терапии

применением добутамина

применением сердечных гликозидов на фоне инфузии поляризующей смеси

448. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

снижение сократительной способности миокарда

препятствие кровотоку в малом круге кровообращения

препятствие кровотоку в большом круге кровообращения

первичное снижение ОЦК

первичное снижением сосудистого тонуса

449. ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ РАЗВИТИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

супрастин

дексаметазон

адреналин

допамин

кальция глюконат

450. ПРИ ВНЕЗАПНОМ СНИЖЕНИИ АД ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО

супрастин

кордиамин

адреналин

глюкокортикоидные гормоны

раствор натрия гидрокарбоната

451. ДЛЯ ШОКА III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СИСТОЛИЧЕСКОЕ АД

ниже 60 мм рт.ст.

60-80 мм рт.ст.

90-100 мм рт.ст.

100-120 мм рт.ст.

130 мм рт.ст. и выше

452. ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАДАЧЕЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

восполнение дефицита ОЦК

стимуляция сократительной способности миокарда

улучшение реологических свойств крови

коррекция электролитного баланса крови

повышение сосудистого тонуса

453. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОМ ШОКЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ДОСТИГАЕТСЯ

проведением массивной инфузионной терапии

введением инотропов

введением вазопрессоров и глюкокортикоидных гормонов

проведением респираторной поддержки

стимуляцией диуреза

454. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ОБЪЕМЕ

400 мл

800 мл

50% предполагаемой кровопотери

100% предполагаемой кровопотери

200% предполагаемой кровопотери

455. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ I СТЕПЕНИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ

250 мл

500 мл

1000 мл

1500 мл

2000 мл

456. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ II СТЕПЕНИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ

250 мл

500 мл

1000 мл

1500-2000 мл

более 2000 мл

457. РАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ III СТЕПЕНИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ

250 мл

500 мл

1000 мл

1500-2000 мл

более 2000 мл

458. ВНУТРИКОСТНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

неприменим на догоспитальном этапе

позволяет проводить только медленную капельную инфузию

противопоказан для инфузии коллоидных препаратов

требует увеличения дозы вводимого препарата в 2 раза

обеспечивает такую же скорость наступления эффекта, как и внутривенный доступ

459. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

анальгин

трамадол

нитроглицерин

валидол

нифедипин

460. ПРИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

противопоказано

допустимо только при сохраненном сознании

допустимо только при отсутствии артериальной гипотензии

обязательно перед проведением транспортной иммобилизации

проводится только ненаркотическими анальгетиками

461. АБСОЛЮТНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЕНИСКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

боль в области менисков

патологическая боковая подвижность.

симптом спуска с лестницы

симптом «блокады» сустава

симптом «переката» мениска

462. К ПРИЗНАКАМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕМАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА ОТНОСИТСЯ

отсутствие деформации коленного сустава

патологическая подвижность в коленном суставе

симптом «баллотирования» надколенника

симптом «прилипшей пятки»

нарушение сгибательно-разгибательных движений в голеностопном суставе при согнутой в колене ноге

463. К ПРИЗНАКАМ ПЕРЕЛОМА НАДКОЛЕННИКА ОТНОСИТСЯ

невозможность поднять вытянутую ногу при внешнем сопротивлении

невозможность поднять согнутую в колене ногу

боль в области тазобедренного сустава

симптом «прилипшей пятки»

патологическая подвижность в коленном суставе

464. К ПРИЗНАКАМ ПЕРЕЛОМА НАДКОЛЕННИКА ОТНОСИТСЯ

отсутствие болевых ощущений в области колена

невозможность поднять согнутую в колене ногу

расхождение отломков надколенника при пальпации

симптом «прилипшей пятки»

патологическая подвижность в коленном суставе

465. ОТКРЫТЫЕ ДИАФИЗАРНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

ключицы

плечевой кости

пястных костей

бедренной кости

костей голени

466. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ В ОБЛАСТИ ГОЛЕНИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

не применяется

накладывается в верхней трети бедра

накладывается в нижней трети бедра

накладывается на голени выше места повреждения

накладывается ближе к месту повреждения

467. ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ШИНА ДЛЯ ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

не применяется

располагается от пальцев стопы до подмышечной впадины

располагается от пальцев стопы до средней трети бедра

располагается от пальцев стопы до коленного сустава

располагается от голеностопного сустава до коленного сустава

468. ИЗОЛИРОВАННОЕ ВВЕДЕНИЕ КЕТОРОЛАКА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МАЛОЭФФЕКТИВНО ПРИ

переломе костей запястья

переломе наружной лодыжки

вывихе плеча

переломе костей стопы

переломе костей носа

469. ПРИ ВЫВИХАХ В ГОЛЕНОСТОПНОМ СУСТАВЕ СТОПА ЧАЩЕ ВСЕГО СМЕЩАЕТСЯ

кпереди

кзади

кнутри

кнаружи

кпереди и кнутри

470. СУДОРОЖНЫЕ ПРИПАДКИ ПРИ НЕВРОЗАХ

нехарактерны

наиболее часто наблюдаются при неврастении

наиболее часто наблюдаются при неврозе навязчивых состояний

наиболее часто наблюдаются при истерии

с одинаковой вероятностью встречаются при всех перечисленных формах