

**Инструкция: выберите один правильный ответ.**

**ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МЕДИЦИНЫ  
КАТАСТРОФ**

**1. По показаниям, скорая медицинская помощь оказывается бесплатно:**

- 1) всем нуждающимся
- 2) всем нуждающимся, только при вызове в общественное место
- 3) только гражданам Российской Федерации
- 4) гражданам Российской Федерации, только при наличии полиса Обязательного медицинского страхования

**2. Задачей службы скорой медицинской помощи является:**

- 1) оказание экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим вне зависимости от места их нахождения (в том числе, в стационарах)
- 2) оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в стационарах скорой медицинской помощи
- 3) проведение лечебно-эвакуационных мероприятий в очаге поражения при чрезвычайных ситуациях и массовых катастрофах
- 4) оказание экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне стационарных лечебных учреждений и осуществление межбольничной транспортировки

**3. После поступления экстренного вызова выезд бригады скорой медицинской помощи должен быть осуществлен не позднее:**

- 1) 2 минут
- 2) 4 минут
- 3) 10 минут
- 4) 15 минут

**4. При несчастном случае проезжающая мимо бригада скорой медицинской помощи обязана остановиться:**

- 1) всегда
- 2) только если она не следует на экстренный вызов
- 3) только если она следует с вызова без больного
- 4) только при наличии на месте происшествия сотрудников милиции

**5. Фельдшерская бригада скорой медицинской помощи может вызвать «на себя»  
врачебную бригаду:**

- 1) в любом случае
- 2) для оказания консультативной диагностической помощи и проведения интенсивной терапии или реанимации при нахождении больного или пострадавшего в общественном месте
- 3) для оказания консультативной диагностической помощи и проведения интенсивной терапии или реанимации при нахождении больного или пострадавшего в квартире
- 4) по требованию больного или его родственников

**6. Санитарный автомобиль скорой медицинской помощи на месте дежурства должен быть расположен таким образом, чтобы:**

- 1) до объекта дежурства было не более 50 метров
- 2) из окна санитарного автомобиля был виден объект дежурства
- 3) сотрудники правоохранительных органов располагались не дальше 10 метров
- 4) экстренный выезд не требовал дополнительных маневров

**7. Происшествие считается массовым, если число пострадавших превышает:**

- 1) 1 человека

- 2) 2 человек
- 3) 3 человек
- 4) 10 человек

**8. Происшествие считается «катастрофой», если число погибших превышает:**

- 1) 1 человека
- 2) 2 человек
- 3) 3 человек
- 4) 10 человек

**9. При массовых происшествиях ответственный по бригаде скорой медицинской помощи, первой прибывшей на место происшествия, становится ответственным за оказание медицинской помощи:**

- 1) в любом случае
- 2) только, если бригада врачебная
- 3) только, если бригада специализированная
- 4) только по согласованию с оперативным отделом станции скорой медицинской помощи

**10. В третью очередь, фельдшер, ответственный за оказание медицинской помощи при массовых происшествиях, должен:**

- 1) принять участие в спасательных мероприятиях
- 2) организовать оказание медицинской помощи пострадавшим первой сортировочной группы
- 3) организовать экстренную эвакуацию пострадавших беременных и детей
- 4) передать собранную информацию прибывшему ответственному врачу

**11. Последующие бригады скорой медицинской помощи, прибывшие на место происшествия, обязаны:**

- 1) следовать распоряжениям оперативного отдела станции скорой медицинской помощи
- 2) неукоснительно выполнять распоряжения ответственного за оказание медицинской помощи при массовых происшествиях
- 3) немедленно самостоятельно начинать оказание медицинской помощи пострадавшим
- 4) немедленно самостоятельно начинать эвакуацию пострадавших в ближайшие лечебные учреждения

**12. Количество сортировочных групп, выделяемых при медицинской сортировке пострадавших, равно:**

- 1) 2
- 2) 3
- 3) 4
- 4) 5

**13. К первой сортировочной группе относят пострадавших с:**

- 1) крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- 2) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- 3) повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

**14. Ко второй сортировочной группе относят пострадавших с:**

- 1) крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- 2) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций

- 3) повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

**15. К третьей сортировочной группе относят пострадавших с:**

- 1) крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- 2) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- 3) повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

**16. К четвертой сортировочной группе относят пострадавших с:**

- 1) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- 2) повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
- 3) повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств, нуждающихся в дальнейшем в стационарном лечении
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

**17. К пятой сортировочной группе относят пострадавших с:**

- 1) крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
- 2) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций
- 3) повреждениями легкой и средней тяжести без резко выраженных функциональных расстройств, нуждающихся в дальнейшем в стационарном лечении
- 4) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения (наблюдения)

**18. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи в первой сортировочной группе является:**

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
- 3) наблюдение, медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

**19. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи во второй сортировочной группе является:**

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
- 3) наблюдение, медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

**20. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи в третьей сортировочной группе является:**

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
- 3) наблюдение, медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

**21. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи в четвертой сортировочной группе является:**

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
- 3) наблюдение, медицинская помощь отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

**22. Объемом и очередностью оказания медицинской помощи в пятой сортировочной группе является:**

- 1) симптоматическое лечение для облегчения страданий
- 2) наблюдение, медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена
- 3) наблюдение, медицинская помощь отсрочена
- 4) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

**23. Эвакуация пострадавших первой сортировочной группы:**

- 1) не проводится
- 2) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 3) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 4) осуществляется во вторую очередь, транспортом общего назначения

**24. Эвакуация пострадавших второй сортировочной группы:**

- 1) не проводится
- 2) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 3) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 4) осуществляется во вторую очередь, транспортом общего назначения

**25. Эвакуация пострадавших третьей сортировочной группы:**

- 1) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 2) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 3) осуществляется во вторую очередь, транспортом общего назначения
- 4) проводится во вторую очередь, самостоятельно

**26. Эвакуация пострадавших четвертой сортировочной группы:**

- 1) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 2) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 3) осуществляется во вторую очередь, транспортом общего назначения
- 4) проводится во вторую очередь, самостоятельно

**27. Эвакуация пострадавших пятой сортировочной группы:**

- 1) не проводится
- 2) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
- 3) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
- 4) проводится во вторую очередь, транспортом общего назначения или самостоятельно

**28. К пятой сортировочной группе относят пострадавших с:**

- 1) множественными переломами бедра при беременности 22 недели
- 2) термическим ожогом стопы I степени у ребенка 8 лет
- 3) ушибом мягких тканей бедра
- 4) закрытым переломом VI-VIII ребер слева

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАТОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ**

**1. В качестве анестетика в аппарате АН-8 используется:**

- 1) фторотан
- 2) фентанил
- 3) закись азота
- 4) кислород

**2. В аппарате АН-8 для обезболивания закисью азота применяется дыхательный контур:**

- 1) открытый
- 2) полуоткрытый
- 3) полужакрытый
- 4) закрытый

**3. Контур наркозно-дыхательного аппарата является полуоткрытым, если происходит вдох анестетика из:**

- 1) атмосферы и его выдох в атмосферу
- 2) аппарата и его выдох в атмосферу
- 3) аппарата и его выдох частично в аппарат, частично в атмосферу
- 4) аппарата и его выдох в аппарат

**4. Дыхательный мешок в аппарате АН-8 применим для:**

- 1) сбора выдыхаемой закиси азота
- 2) измерения минутного объема дыхания
- 3) проведения искусственной вентиляции легких
- 4) наблюдения за характером спонтанного дыхания

**5. Обезболивание закисью азота противопоказано при:**

- 1) остром инфаркте миокарда
- 2) переломе трубчатых костей
- 3) пневмотораксе
- 4) закрытой травме живота

**6. При развитии возбуждения во время масочного наркоза закисью азота необходимо:**

- 1) начать искусственную вентиляцию легких
- 2) уменьшить концентрацию анестетика
- 3) ввести мочегонные препараты
- 4) увеличить концентрацию анестетика

**7. Закись азота является:**

- 1) сильным наркотиком со слабым анальгезирующим действием
- 2) слабым наркотиком с выраженным анальгезирующим действием
- 3) сильным наркотиком и анальгетиком
- 4) слабым наркотиком и анальгетиком

**8. Анальгезия при вдыхании закисно-кислородной смеси в соотношении 2:1:**

- 1) развивается при первом вдохе

- 2) развивается через 30-60 секунд
- 3) развивается через 2-3 минуты
- 4) не наступает

**9. Проведение обезболивания закисью азота при отсутствии кислорода:**

- 1) безопасно
- 2) противопоказано
- 3) возможно только после введения оксибутирата натрия
- 4) возможно только после интубации трахеи

**10. При концентрации закиси азота во вдыхаемой смеси более 75% развивается:**

- 1) фибрилляция желудочков
- 2) болевой синдром
- 3) гипоксия
- 4) токсическое поражение печени

**11. Усиление наркотического эффекта закиси азота достигается:**

- 1) увеличением концентрации закиси азота более 80% во вдыхаемой смеси
- 2) введением внутривенно транквилизаторов, оксибутирата натрия или анальгетиков
- 3) снижением концентрации закиси азота менее 50% во вдыхаемой смеси
- 4) увеличением потока закиси азота и кислорода до 20 литров в минуту

**12. Травматичные манипуляции (например, интубацию трахеи или транспортную иммобилизацию) после внутривенного введения кетамина начинают через:**

- 1) 10-15 секунд
- 2) 30-40 секунд
- 3) 1-2 минуты
- 4) 4-5 минут

**13. Введение атропина перед кетаминотерапией предотвращает:**

- 1) повышение артериального давления
- 2) урежение ритма дыхания
- 3) возникновение галлюцинаций
- 4) гиперсаливацию

**14. О правильности выполнения искусственного дыхания свидетельствует:**

- 1) видимое выбухание в эпигастрии
- 2) наличие экскурсии грудной клетки
- 3) парадоксальный пульс на сонных артериях
- 4) видимое набухание шейных вен

**15. Введение транквилизаторов перед кетаминотерапией предотвращает:**

- 1) угнетение сознания
- 2) урежение ритма дыхания
- 3) возникновение галлюцинаций
- 4) гиперсаливацию

**16. Наиболее короткодействующим анальгетиком является:**

- 1) кеторолак
- 2) морфин
- 3) трамадол
- 4) фентанил

**17. При внутривенном введении фентанила максимальный анальгетический эффект развивается через:**

- 1) 20-30 секунд
- 2) 1-2 минуты
- 3) 3-5 минут
- 4) 10-15 минут

**18. Анальгетический эффект фентанила продолжается:**

- 1) 5-10 минут
- 2) 30 минут
- 3) 1 час
- 4) 3 часа

**19. В качестве анальгетика при сочетании перелома бедра с закрытой травмой живота на догоспитальном этапе целесообразно применить:**

- 1) кеторолак
- 2) морфин
- 3) трамадол
- 4) фентанил

**20. В качестве анальгетика при переломах крупных трубчатых костей без признаков травмы внутренних органов на догоспитальном этапе целесообразно применить:**

- 1) кеторолак
- 2) морфин
- 3) трамадол
- 4) фентанил

**21. Транквилизаторы вводятся вместе с анальгетиками для:**

- 1) потенцирования обезболивающего эффекта
- 2) профилактики артериальной гипотензии
- 3) профилактики депрессии дыхания
- 4) профилактики угнетения сознания

**22. Атаралгией называется комбинация следующих препаратов:**

- 1) реланиум и фентанил
- 2) атропин и морфин
- 3) фентанил и дроперидол
- 4) реланиум и димедрол

**23. Нейролептанальгией называется комбинация следующих препаратов:**

- 1) реланиум и фентанил
- 2) атропин и морфин
- 3) дроперидол и фентанил
- 4) дроперидол и димедрол

**24. Перед началом капельного введения допамина необходимо:**

- 1) промыть желудок с помощью зонда
- 2) выполнить интубацию трахеи
- 3) провести инфузионную терапию при гиповолемии
- 4) внутривенно ввести атропин

**25. К коллоидным инфузионным препаратам относится:**

- 1) полиглюкин
- 2) 5% раствор глюкозы

- 3) 20% раствор глюкозы
- 4) ацесоль

**26. Наименьшим влиянием на свертывающую систему крови из перечисленных коллоидных инфузионных препаратов обладает:**

- 1) раствор гидроксиэтилкрахмала 450/0.7
- 2) раствор гидроксиэтилкрахмала 200/0.5
- 3) раствор гидроксиэтилкрахмала 130/0.4
- 4) полиглюкин

**27. К кристаллоидным инфузионным препаратам относится:**

- 1) полиглюкин
- 2) реополиглюкин
- 3) желатиноль
- 4) 0,9% раствор натрия хлорида

**28. Наиболее ранним признаком остановки кровообращения является:**

- 1) отсутствие пульса на сонных артериях
- 2) отсутствие самостоятельного дыхания
- 3) широкие зрачки
- 4) симптом «кошачьего зрачка»

**29. При потере сознания у пациента, в первую очередь, необходимо проверить:**

- 1) реакцию зрачков на свет
- 2) наличие самостоятельного дыхания
- 3) пульс на лучевой артерии
- 4) пульс на сонных артериях

**30. Максимальное расширение зрачков при первичной остановке кровообращения проявляется через:**

- 1) 5-10 секунд
- 2) 15-20 секунд
- 3) 30-60 секунд
- 4) 2-3 минуты

**31. Сразу после остановки кровообращения на ЭКГ может наблюдаться:**

- 1) любой ритм
- 2) только асистолия
- 3) только фибрилляция желудочков
- 4) только асистолия или фибрилляция желудочков

**32. Успех реанимационных мероприятий более вероятен при первичной:**

- 1) асистолии
- 2) мелковолновой фибрилляции желудочков
- 3) крупноволновой фибрилляции желудочков
- 4) электромеханической диссоциации

**33. Продолжительность клинической смерти (без проведения реанимационных мероприятий) при обычных условиях внешней среды составляет:**

- 1) 1 минуту
- 2) 3 минуты
- 3) 5 минут
- 4) 15 минут



**34. Ранним признаком биологической смерти является:**

- 1) отсутствие сознания
- 2) трупное окоченение
- 3) положительный симптом «кошачьего зрачка»
- 4) асистолия

**35. Тройной прием Сафара предназначен для:**

- 1) устранения западения корня языка
- 2) профилактики аспирации желудочного содержимого
- 3) удаления инородного тела из дыхательных путей
- 4) стабилизации шейного отдела позвоночника

**36. Преимуществом проведения искусственного дыхания методом «рот в рот» является:**

- 1) безопасность проведения для реаниматора
- 2) возможность применения этого метода в любых условиях
- 3) обеспечение дыхательной смеси, обогащенной кислородом
- 4) возможность точной регулировки параметров искусственного дыхания

**37. Преимуществом масочной вентиляции легких является:**

- 1) техническая простота подсоединения аппарата к больному
- 2) надежность поддержания герметичности дыхательных путей
- 3) предупреждение асфиксии вследствие западения корня языка
- 4) предупреждение аспирации рвотных масс

**38. О правильности выполнения непрямого массажа сердца свидетельствует:**

- 1) видимое набухание шейных вен
- 2) наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
- 3) перелом ребер
- 4) наличие пульса на лучевой артерии

**39. Об эффективности выполнения непрямого массажа сердца свидетельствует:**

- 1) отсутствие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
- 2) сухие склеры глазных яблок
- 3) регистрация артериального давления 40/0 мм рт.ст.
- 4) восстановление рефлексов и сужение зрачков

**40. Обязательным критерием успешности выполнения комплекса сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе является:**

- 1) наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий
- 2) появление самостоятельного пульса на сонных артериях
- 3) восстановление сознания
- 4) положительный симптом «кошачьего зрачка»

**41. Компрессия грудной клетки при непрямом массаже сердца у взрослых выполняется с частотой:**

- 1) 40-50 в минуту
- 2) 60-80 в минуту
- 3) 100-110 в минуту
- 4) 120-130 в минуту

**42. При проведении реанимационного пособия непрямого массажа сердца и искусственное дыхание проводятся в соотношении:**

- 1) 30:2 при любом количестве реаниматоров
- 2) 15:2 при любом количестве реаниматоров

- 3) 15:2 только при оказании помощи одним реаниматором
- 4) 5:1 при оказании помощи двумя реаниматорами

**43. Суммарная доза адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому:**

- 1) составляет 1 мл 0,1 % раствора
- 2) составляет 3 мл 0,1% раствора
- 3) составляет 5 мл 0,1% раствора
- 4) не ограничена

**44. Струйное введение препаратов кальция показано:**

- 1) всегда при асистолии
- 2) при асистолии, обусловленной гиперкалиемией
- 3) всегда при фибрилляции желудочков
- 4) при фибрилляции желудочков, обусловленной острым инфарктом миокарда

**45. Электрическая дефибрилляция эффективна при регистрации на ЭКГ:**

- 1) асистолии
- 2) идиовентрикулярного ритма
- 3) фибрилляции желудочков
- 4) полной атриовентрикулярной блокады

**46. Электрическую дефибрилляцию монофазным импульсом у взрослого начинают с разряда:**

- 1) 360 Дж
- 2) 300 Дж
- 3) 200 Дж
- 4) 150 Дж

**47. Электрическую дефибрилляцию бифазным импульсом у взрослого начинают с разряда:**

- 1) 300 Дж
- 2) 200 Дж
- 3) 100 Дж
- 4) 50 Дж

**48. Перед проведением первого разряда электрической дефибрилляции необходимо:**

- 1) проводить непрямой массаж сердца в течение 7 минут
- 2) выявить картину фибрилляции желудочков на мониторе электрического дефибриллятора
- 3) ввести лидокаин
- 4) ввести натрия гидрокарбонат

**49. После проведения первого разряда бифазным электрическим дефибриллятором необходимо:**

- 1) проводить непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких в течение 2 минут, после чего проверить успешность реанимационных мероприятий
- 2) сразу проверить его эффективность и при сохранении фибрилляции желудочков сразу провести еще 1 разряд с энергией 200 Дж
- 3) сразу проверить его эффективность и при сохранении фибрилляции желудочков сразу провести подряд еще 2 разряда с энергией 200 Дж
- 4) сразу проверить его эффективность и при сохранении фибрилляции желудочков обеспечить внутривенный доступ для введения адреналина

**50. Электрическая дефибрилляция неэффективна:**

- 1) без обязательной предварительной инфузии раствора натрия гидрокарбоната
- 2) при включенном режиме синхронизации дефибриллятора
- 3) в случае крупноволновой фибрилляции желудочков
- 4) в случае желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях

**51. Натрия гидрокарбонат при проведении сердечно - легочной реанимации на догоспитальном этапе:**

- 1) применяется всегда сразу после обеспечения внутривенного доступа
- 2) вводится каждые 10 минут в процессе реанимационных мероприятий
- 3) показан при отравлении амитриптилином
- 4) всегда противопоказан

**52. Алгоритм реанимационного пособия при крупноволновой фибрилляции желудочков совпадает с лечебной тактикой при:**

- 1) асистолии
- 2) желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях
- 3) электромеханической диссоциации с полной атриовентрикулярной блокадой на мониторе электрического дефибриллятора
- 4) электромеханической диссоциации с синусовой тахикардией на мониторе электрического дефибриллятора

**53. Если остановка кровообращения развилась без свидетелей и на мониторе электрического дефибриллятора выявляется крупноволновая фибрилляция желудочков, необходимо:**

- 1) внутривенно или эндотрахеально ввести лидокаин в дозе 1 мг/кг
- 2) нанести удар по груди
- 3) провести электрическую дефибрилляцию бифазным импульсом разрядом 200 Дж
- 4) внутривенно ввести 1 мг адреналина и начать непрямой массаж сердца

**54. Если на мониторе электрического дефибриллятора регистрируется асистолия, следует:**

- 1) начать закрытый массаж сердца, внутривенно или внутрикостно ввести лидокаин, адреналин и кальция хлорид
- 2) начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, ввести внутривенно или внутрикостно адреналин
- 3) провести электрическую дефибрилляцию бифазным импульсом 200 Дж
- 4) отказаться от проведения реанимационных мероприятий

**55. Альтернативой интубации трахеи на догоспитальном этапе для поддержания проходимости дыхательных путей и защиты их от аспирации желудочного содержимого является:**

- 1) орофарингеальный воздуховод
- 2) выполнение тройного приема Сафара
- 3) ларингеальная трубка
- 4) желудочный зонд

**56. При поражении переменным электрическим током наиболее частым видом остановки кровообращения является:**

- 1) асистолия
- 2) электромеханическая диссоциация
- 3) фибрилляция желудочков
- 4) полная атриовентрикулярная блокада

**57. При поражении молнией наиболее частым видом остановки кровообращения является:**

- 1) асистолия
- 2) электромеханическая диссоциация
- 3) фибрилляция желудочков
- 4) полная атриовентрикулярная блокада

**58. При асфиксическом утоплении:**

- 1) характерна первичная асистолия
- 2) наблюдается фибрилляция желудочков
- 3) развивается полная атриовентрикулярная блокада
- 4) остановка кровообращения не происходит

**59. Асфиксическое утопление характеризуется:**

- 1) первичным ларингоспазмом
- 2) первичной остановкой кровообращения
- 3) переломом шейного отдела позвоночника
- 4) первичной массивной аспирацией жидкости

**60. Истинное утопление характеризуется:**

- 1) первичным ларингоспазмом
- 2) первичной остановкой кровообращения
- 3) переломом шейного отдела позвоночника
- 4) первичной массивной аспирацией жидкости

**61. Синкопальное утопление характеризуется:**

- 1) первичным ларингоспазмом
- 2) первичной остановкой кровообращения
- 3) переломом шейного отдела позвоночника
- 4) первичной массивной аспирацией жидкости

**62. При «синем» утоплении первым неотложным мероприятием является:**

- 1) тщательное удаление аспирированной жидкости из дыхательных путей с помощью отсоса
- 2) быстрое восстановление проходимости дыхательных путей и начало искусственной вентиляции легких
- 3) ингаляция кислорода
- 4) внутривенное введение преднизолона

**63. Экспираторная одышка характерна для:**

- 1) неполной обструкции дыхательных путей инородным телом
- 2) бронхоспазма
- 3) острой сердечной недостаточности
- 4) аллергического отека верхних дыхательных путей

**64. Стридорозное дыхание характеризуется:**

- 1) затруднением дыхания только в фазу вдоха
- 2) затруднением дыхания только в фазу выдоха
- 3) затруднением дыхания в фазы вдоха и выдоха
- 4) частым дыханием с периодами апноэ

**65. Стридорозное дыхание характерно для:**

- 1) обструкции верхних дыхательных путей
- 2) бронхоспазма аллергического генеза
- 3) острой сердечной недостаточности

4) приступа бронхиальной астмы

**66. Ведущим механизмом развития кардиогенного шока является:**

- 1) первичное снижение сердечного выброса
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) снижение венозного притока крови к сердцу

**67. Снижение сердечного выброса при истинном кардиогенном шоке обусловлено:**

- 1) снижением сократительной способности миокарда
- 2) препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- 3) генерализованной вазодилатацией
- 4) снижением венозного притока крови к сердцу

**68. Развитие шока при клапанном напряженном пневмотораксе со смещением средостения обусловлено:**

- 1) снижением сократительной способности миокарда
- 2) препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- 3) генерализованной вазодилатацией
- 4) снижением венозного притока крови к сердцу

**69. Развитие шока при массивной тромбозии легочной артерии обусловлено:**

- 1) снижением сократительной способности миокарда
- 2) препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
- 3) генерализованной вазодилатацией
- 4) снижением венозного притока крови к сердцу

**70. Рациональным догоспитальным объемом терапии истинного кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда левого желудочка является применение:**

- 1) нитратов и глюкокортикоидов на фоне массивной инфузионной терапии
- 2) кардиотоников (допамин), нитратов на фоне поддерживающей инфузионной терапии, ингаляция кислорода
- 3) сердечных гликозидов и глюкокортикоидов на фоне инфузии поляризующей смеси, ингаляция кислорода
- 4) вазопрессоров (норадреналин) и мочегонных препаратов

**71. Ведущим механизмом развития первой фазы инфекционно-токсического (септического) шока является:**

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) препятствие выбросу крови в аорту

**72. Ведущим механизмом развития второй фазы инфекционно-токсического (септического) шока является:**

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) препятствие выбросу крови в аорту

**73. Рациональным догоспитальным объемом терапии первой фазы инфекционно-токсического (септического) шока является применение:**

- 1) глюкокортикоидов и нитратов на фоне массивной инфузионной терапии, ингаляция кислорода

- 2) бактериостатических антибиотиков, глюкокортикоидов и антигистаминных препаратов
- 3) вазопрессоров (норадреналин) и лазикса на фоне массивной инфузионной терапии
- 4) глюкокортикоидов и вазопрессоров (норадреналин) на фоне инфузионной терапии, ингаляция кислорода

**74. Ведущим механизмом развития анафилактического шока является:**

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) препятствие выбросу крови в аорту

**75. Обязательным комплексом интенсивной терапии при анафилактическом шоке на догоспитальном этапе является:**

- 1) внутривенное введение адреналина и глюкокортикоидных препаратов на фоне инфузионной терапии, при бронхоспазме - эуфиллин, адекватная респираторная поддержка
- 2) внутривенное введение глюконата кальция и супрастина
- 3) внутримышечная инъекция адреналина, супрастина и кордиамина
- 4) внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов на фоне массивной инфузионной терапии, при бронхоспазме - интубация трахеи и искусственная вентиляция легких

**76. При внезапном снижении артериального давления после применения антибиотика, в первую очередь, необходимо ввести внутривенно:**

- 1) супрастин
- 2) кордиамин
- 3) адреналин
- 4) глюкокортикоидные препараты

**77. Развитие затруднения дыхания после укуса осы при сохранении нормального уровня артериального давления, в первую очередь, требует введение внутривенно:**

- 1) супрастина
- 2) кордиамина
- 3) адреналина
- 4) глюкокортикоидных препаратов

**78. При аллергическом ангионевротическом отеке без затруднения дыхания рациональной тактикой на догоспитальном этапе является введение:**

- 1) только антигистаминных препаратов
- 2) только глюкокортикоидных препаратов
- 3) глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов
- 4) адреналина, глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов

**79. При генерализованной форме аллергической крапивницы рациональной тактикой на догоспитальном этапе является введение:**

- 1) только антигистаминных препаратов
- 2) только глюкокортикоидных препаратов
- 3) глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов
- 4) адреналина, глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов

**80. При локализованной форме аллергической крапивницы рациональной тактикой на догоспитальном этапе является введение:**

- 1) супрастина
- 2) кальция хлорида
- 3) дексаметазона
- 4) адреналина

**81. Шоковый индекс Аллговера – это:**

- 1) отношение пульса к систолическому артериальному давлению
- 2) отношение пульса к диастолическому артериальному давлению
- 3) разница между систолическим и диастолическим давлением
- 4) отношение пульса к среднему артериальному давлению

**82. В норме шоковый индекс Аллговера равен:**

- 1) 0,5-0,7
- 2) 1,0-1,2
- 3) 1,5-2,0
- 4) 2,2-2,5

**83. Шоковый индекс Аллговера корректно отражает объем острой кровопотери и степень травматического шока при скелетной травме в сочетании с:**

- 1) черепно-мозговой травмой
- 2) повреждением спинного мозга в шейном отделе
- 3) повреждением внутренних органов
- 4) профузным кровотечением при ранении крупных сосудов

**84. При острой кровопотере до 10% объема циркулирующей крови:**

- 1) изменения гемодинамики отсутствуют
- 2) пульс учащается на 30%
- 3) снижается систолическое артериальное давление
- 4) повышается диастолическое артериальное давление

**85. При острой кровопотере 20-25% объема циркулирующей крови:**

- 1) изменения гемодинамики отсутствуют
- 2) пульс учащается на 100%
- 3) уменьшается пульсовое артериальное давление
- 4) снижается диастолическое артериальное давление

**86. Острая кровопотеря сопровождается снижением систолического артериального давления в положении лежа уже при дефиците объема циркулирующей крови:**

- 1) до 10%
- 2) 15-20%
- 3) 25-30%
- 4) более 30%

**87. При острой кровопотере тахикардия проявляется уже при дефиците объема циркулирующей крови:**

- 1) до 10%
- 2) более 15%
- 3) более 20%
- 4) более 30%

**88. Ведущим механизмом развития травматического шока является:**

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) болевой синдром

**89. Гиповолемический шок I степени возникает при дефиците объема циркулирующей крови:**

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) 30-40%
- 4) более 40%

**90. Гиповолемический шок II степени возникает при дефиците объема циркулирующей крови:**

- 1) 10% 2) 20%
- 3) 30-40%
- 4) более 40%

**91. Гиповолемический шок III степени возникает при дефиците объема циркулирующей крови:**

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) 30-40%
- 4) более 40%

**92. Для шока I степени характерно систолическое артериальное давление:**

- 1) ниже 60 мм рт. ст.
- 2) 60-80 мм рт. ст.
- 3) 80-90 мм рт.ст.
- 4) 120-130 мм рт.ст.

**93. Для шока II степени характерно систолическое артериальное давление**

- 1) ниже 60 мм рт. ст.
- 2) 60-80 мм рт. ст.
- 3) 90-100 мм рт. ст.
- 4) 100-120 мм рт. ст.

**94. Для шока III степени характерно систолическое артериальное давление:**

- 1) ниже 60 мм рт. ст.
- 2) 60-80 мм рт. ст.
- 3) 90-100 мм рт. ст.
- 4) 100-120 мм рт. ст.

**95. Основной задачей интенсивной терапии гиповолемического шока на догоспитальном этапе является:**

- 1) восполнение дефицита объема циркулирующей крови
- 2) стимуляция сократительной способности миокарда
- 3) улучшение реологических свойств крови
- 4) дегидратация

**96. Инфузионная терапия при травматическом шоке без признаков внутрибрюшного кровотечения на догоспитальном этапе должна проводиться в объеме не менее:**

- 1) 400 мл
- 2) 50% предполагаемой кровопотери
- 3) 100% предполагаемой кровопотери
- 4) 200% предполагаемой кровопотери

**97. Скорость инфузии при травматическом шоке I степени без признаков внутрибрюшного кровотечения на догоспитальном этапе должна составлять не менее:**

- 1) 20 мл/мин
- 2) 50-99 мл/мин



- 3) 100-199 мл/мин
- 4) 200-300 мл/мин

**98. Скорость инфузии при травматическом шоке II степени без признаков внутрибрюшного кровотечения на догоспитальном этапе должна составлять не менее**

- 1) 20 мл/мин
- 2) 50-99 мл/мин
- 3) 100-199 мл/мин
- 4) 200-300 мл/мин

**99. Скорость инфузии при травматическом шоке III степени без признаков внутрибрюшного кровотечения на догоспитальном этапе должна составлять не менее**

- 1) 20 мл/мин
- 2) 50-99 мл/мин
- 3) 100-199 мл/мин
- 4) 200-300 мл/мин

**100. При острой кровопотере до 2 литров (шок I и II степени) объемное соотношение переливаемых кристаллоидных и коллоидных растворов должно составлять:**

- 1) 2:1
- 2) 1:1
- 3) 1:2
- 4) коллоидные препараты не применяются

**101. При острой кровопотере более 2 литров (шок III степени) объемное соотношение переливаемых кристаллоидных и коллоидных растворов должно составлять:**

- 1) 2:1
- 2) 1:1
- 3) 1:2
- 4) кристаллоидные препараты не применяются

**102. При острой кровопотере до 2 литров (шок I и II степени) на догоспитальном этапе препаратом выбора из коллоидных инфузионных растворов является:**

- 1) альбумин
- 2) реополиглюкин
- 3) 6% раствор гидроксиэтилкрахмала 130/0.4
- 4) 10% раствор гидроксиэтилкрахмала 200/0.5

**103. При острой кровопотере более 2 литров (шок III степени) на догоспитальном этапе инфузионную терапию целесообразно начинать с введения:**

- 1) 5% раствора глюкозы
- 2) комбинированного раствора 7,2% натрия хлорида и 6% гидроксиэтилкрахмала 200/0.5 (Гиперхаес)
- 3) 0,9% раствора натрия хлорида
- 4) реополиглюкина

**104. Площадь ожога головы и шеи составляет:**

- 1) 5%
- 2) 9%
- 3) 12%
- 4) 18%

**105. Площадь ожога передней или задней поверхности туловища составляет:**

- 1) 9%

- 2) 12%
- 3) 18%
- 4) 25%

**106. Площадь ожога верхней конечности составляет:**

- 1) 9%
- 2) 12%
- 3) 18%
- 4) 25%

**107. Площадь ожога нижней конечности составляет:**

- 1) 9%
- 2) 12%
- 3) 18%
- 4) 25%

**108. К глубоким относятся ожоги:**

- 1) I степени
- 2) II степени
- 3) IIIa степени
- 4) IIIб степени

**109. Характерным признаком ожога II степени является:**

- 1) гиперемия кожи
- 2) отслойка эпидермиса с образованием пузырей
- 3) омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
- 4) некроз всех слоев дермы

**110. Характерным признаком ожога IIIa степени является:**

- 1) отслойка эпидермиса с образованием пузырей
- 2) омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
- 3) некроз всех слоев дермы
- 4) некроз кожи и расположенных под ней тканей

**111. Характерным признаком ожога IIIб степени является:**

- 1) отслойка эпидермиса с образованием пузырей
- 2) омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
- 3) некроз всех слоев дермы
- 4) некроз кожи и расположенных под ней тканей

**112. Ведущим механизмом развития ожогового шока является:**

- 1) снижение сократительной способности миокарда
- 2) первичное снижение сосудистого тонуса
- 3) первичное уменьшение объема циркулирующей крови
- 4) гипертермия

**113. Ожоговый шок развивается уже при площади поражения:**

- 1) 5-10% глубокого ожога или поверхностного с отягощающими факторами
- 2) 15-20% глубокого ожога или поверхностного с отягощающими факторами
- 3) 20-40% глубокого ожога
- 4) более 40% глубокого ожога

**114. Ожог верхних дыхательных путей соответствует ожогу поверхности тела:**

- 1) 5%
- 2) 10%
- 3) 15%
- 4) 25%

**115. Рациональным догоспитальным объемом терапии ожогового шока является:**

- 1) обезболивание, инфузионная терапия, первичная хирургическая обработка ожоговой поверхности с охлаждением, госпитализация
- 2) обезболивание, инфузионная терапия, асептическая повязка на ожоговую поверхность с охлаждением, оксигенотерапия, госпитализация
- 3) обезболивание, асептическая повязка на ожоговую поверхность с охлаждением, оксигенотерапия, госпитализация
- 4) инфузионная терапия, асептическая повязка на ожоговую поверхность, госпитализация

**116. Обработка ожоговой поверхности при поражении алюминий-органическими соединениями проводится:**

- 1) водой
- 2) 20% раствором глюкозы
- 3) бензином или керосином
- 4) 40-70% этиловым спиртом

**117. Обработка ожоговой поверхности при поражении негашеной известью проводится:**

- 1) водой
- 2) вазелиновым маслом
- 3) бензином или керосином
- 4) 40-70% этиловым спиртом

**118. Обработка ожоговой поверхности при поражении соединениями фосфора проводится:**

- 1) водой
- 2) марганцовокислым калием
- 3) бензином или керосином
- 4) 40-70% этиловым спиртом

**119. Обработка ожоговой поверхности при поражении соединениями фенола проводится:**

- 1) полиглюкином
- 2) 20% раствором глюкозы
- 3) бензином или керосином
- 4) 40-70% этиловым спиртом

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

**1. При записи ЭКГ на левую руку накладывается электрод:**

- 1) зеленого цвета
- 2) желтого цвета
- 3) черного цвета
- 4) красного цвета

**2. При записи ЭКГ на правую руку накладывается электрод:**

- 1) зеленого цвета
- 2) желтого цвета

- 3) черного цвета
- 4) красного цвета

**3. При записи ЭКГ на левую ногу накладывается электрод:**

- 1) зеленого цвета
- 2) желтого цвета
- 3) черного цвета
- 4) красного цвета

**4. При записи ЭКГ на правую ногу накладывается электрод:**

- 1) зеленого цвета
- 2) желтого цвета
- 3) черного цвета
- 4) красного цвета

**5. При записи ЭКГ грудной V1 электрод располагается:**

- 1) у правого края грудины в IV межреберье
- 2) у левого края грудины в IV межреберье
- 3) между электродами V2 и V4
- 4) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье

**6. При записи ЭКГ грудной V2 электрод располагается:**

- 1) у правого края грудины в IV межреберье
- 2) у левого края грудины в IV межреберье
- 3) по правой срединно-ключичной линии в V межреберье
- 4) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье

**7. При записи ЭКГ грудной V3 электрод располагается:**

- 1) у левого края грудины в IV межреберье
- 2) между электродами V2 и V4
- 3) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье
- 4) по левой передней подмышечной линии на уровне электрода V4

**8. При записи ЭКГ грудной V4 электрод располагается:**

- 1) у левого края грудины в IV межреберье
- 2) у правого края грудины в IV межреберье
- 3) по левой срединно-ключичной линии в V межреберье
- 4) по передней подмышечной линии в VI межреберье

**9. При записи ЭКГ грудной V5 электрод располагается по левой:**

- 1) срединно-ключичной линии в V межреберье
- 2) передней подмышечной линии на уровне электрода V4
- 3) средней подмышечной линии на уровне электрода V4
- 4) задней подмышечной линии на уровне электрода V4

**10. При записи ЭКГ грудной V6 электрод располагается по левой:**

- 1) срединно-ключичной линии в V межреберье
- 2) передней подмышечной линии на уровне электрода V4
- 3) средней подмышечной линии на уровне электрода V4
- 4) задней подмышечной линии на уровне электрода V4

**11. При записи ЭКГ со скоростью 25 мм в секунду 1 мм на бумажной ленте соответствует времени:**

- 1) 0,02 секунды

- 2) 0,04 секунды
- 3) 0,05 секунды
- 4) 0,2 секунды

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

- 1) 0,02 секунды
- 2) 0,05 секунды
- 3) 0,1 секунды
- 4) 0,2 секунды

**13. Стандартными отведениями на ЭКГ называются:**

- 1) I, II, III
- 2) aVR, aVL, aVF
- 3) V1, V2, V3
- 4) V7–V9

**14. На ЭКГ переходной зоне соответствуют отведения:**

- 1) II, III
- 2) aVF, aVL
- 3) V1-V2
- 4) V3-V4

**15. Зубец P на ЭКГ отражает деполяризацию:**

- 1) только правого предсердия
- 2) только левого предсердия
- 3) обоих предсердий
- 4) только правого желудочка

**16. Продолжительность интервала PQ на ЭКГ в норме составляет:**

- 1) 0,10-0,12 секунд
- 2) 0,12-0,20 секунд
- 3) 0,21-0,25 секунд
- 4) 0,26-0,28 секунд

**17. Электрическую систолу желудочков на ЭКГ отражает:**

- 1) зубец P
- 2) зубец R
- 3) комплекс QRS
- 4) интервал QT

**18. Продолжительность комплекса QRS на ЭКГ в норме составляет:**

- 1) 0,04 секунды
- 2) 0,08 секунд
- 3) 0,12 секунд
- 4) 0,14 секунд

**19. Появление боли за грудиной после еды при принятии горизонтального положения на спине характерно для:**

- 1) язвенной болезни желудка
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) сухого перикардита
- 4) спонтанного пневмоторакса

**20. Зубец Т на ЭКГ называется «коронарным», если он:**

- 1) отрицательный разноколенный
- 2) положительный разноколенный
- 3) симметричный и заостренный
- 4) двухфазный

**21. При синусовом ритме во II стандартном отведении на ЭКГ положительный зубец Р:**

- 1) не регистрируется
- 2) регистрируется перед каждым комплексом QRS
- 3) регистрируется только перед каждым вторым комплексом QRS
- 4) регистрируется после каждого комплекса QRS

**22. При правильном синусовом ритме частота сердечных сокращений на ЭКГ определяется по формуле:**

- 1)  $600: R-R$
- 2)  $R-R: 60$
- 3)  $60: R-R$
- 4)  $60: P-P$

**23. Зубец Р-pulmonale на ЭКГ отражает нагрузку:**

- 1) только на левое предсердие
- 2) только на правое предсердие
- 3) на оба предсердия
- 4) вместе на правое предсердие и правый желудочек

**24. Зубец Р-mitrale на ЭКГ отражает нагрузку:**

- 1) только на левое предсердие
- 2) только на правое предсердие
- 3) на оба предсердия
- 4) вместе на левое предсердие и левый желудочек

**25. Ранним ЭКГ признаком гиперкалиемии является:**

- 1) удлинение интервала PQ
- 2) подъем сегмента ST
- 3) высокий остроконечный зубец Т
- 4) уширение комплекса QRS

**26. При аллергической реакции на йод в анамнезе больному противопоказан:**

- 1) кордарон
- 2) верапамил
- 3) метопролол
- 4) каптоприл

**27. ЭКГ-признаком атриовентрикулярной блокады I степени является:**

- 1) отсутствие зубца Р
- 2) регистрация зубца Р после комплекса QRS
- 3) удлинение интервала PQ
- 4) удлинение интервала QT

**28. Наиболее типичным эквивалентом стенокардии является:**

- 1) одышка
- 2) рвота
- 3) слабость в левой руке
- 4) озноб

**29. Горизонтальное смещение сегмента ST на ЭКГ более чем на 1 мм от изолинии характерно для:**

- 1) ишемии миокарда
- 2) передозировки сердечных гликозидов
- 3) гипокалиемии
- 4) перикардита

**30. Характерным изменением на ЭКГ при приступе стенокардии является:**

- 1) горизонтальная депрессия сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии
- 2) появление патологического зубца Q
- 3) снижение амплитуды зубца R
- 4) появление «коронарного» зубца T

**31. Приступ стенокардии на ЭКГ, наряду с горизонтальной депрессией сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии, может сопровождаться:**

- 1) удлинением интервала PQ
- 2) появлением патологического зубца Q
- 3) деформацией комплекса QRS
- 4) появлением «коронарного» зубца T

**32. Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии на догоспитальном этапе является:**

- 1) анальгин
- 2) трамал
- 3) изосорбида динитрат (изокет спрей)
- 4) валидол

**33. В рациональный объем терапии фельдшерской бригады скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с отсутствием артериальной гипотензии входит:**

- 1) ацетилсалициловая кислота, нитраты (в спрее или внутривенно капельно), при купировании боли - «актив» в поликлинику
- 2) экстренная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий
- 3) ацетилсалициловая кислота, нитраты, клопидогрель, гепарин, морфин при продолжающейся боли, обязательная госпитализация
- 4) ацетилсалициловая кислота, нитраты, клопидогрель, гепарин, морфин, вызов бригады интенсивной терапии или специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи

**34. Препаратом выбора для коррекции тахикардии, вызванной нитроглицерином, является:**

- 1) верапамил
- 2) новокаинамид
- 3) метопролол
- 4) дигоксин

**35. Из перечисленных антиангинальных препаратов к нитратам относится:**

- 1) молсидомин
- 2) изосорбида динитрат (изокет спрей)
- 3) анаприлин
- 4) нифедипин

**36. Первоначальная доза клопидогреля при остром коронарном синдроме у пациентов до 75 лет составляет:**

- 1) 75 мг
- 2) 150 мг
- 3) 300 мг
- 4) 600 мг

**37. Препаратом выбора для купирования пароксизмов синусовой тахикардии с частотой сердечных сокращений 140 ударов в минуту является:**

- 1) новокаинамид
- 2) кордарон
- 3) метопролол
- 4) магния сульфат

**38. Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма тахиаритмии показан только при:**

- 1) фибрилляции предсердий
- 2) трепетания предсердий
- 3) суправентрикулярной тахикардии
- 4) желудочковой тахикардии

**39. Для купирования пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии с узкими комплексами QRS (менее 0,12 секунды) на догоспитальном этапе применим:**

- 1) верапамил
- 2) дигоксин
- 3) метопролол
- 4) лидокаин

**40. Первоначальная доза клопидогреля при остром коронарном синдроме у пациентов после 75 лет составляет:**

- 1) 75 мг
- 2) 150 мг
- 3) 300 мг
- 4) 600 мг

**41. Типичной формой острого инфаркта миокарда является:**

- 1) абдоминальная
- 2) аритмическая
- 3) ангинозная
- 4) астматическая

**42. Основным диагностическим признаком типичной формы острого инфаркта миокарда является:**

- 1) загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- 2) иррадиация боли в левую руку
- 3) артериальная гипертензия
- 4) общая слабость

**43. При остром инфаркте миокарда псевдосиндром «острого живота» характерен для:**

- 1) астматической формы
- 2) ангинозной формы
- 3) абдоминальной формы
- 4) аритмической формы



**44. При остром инфаркте миокарда приступ удушья, не сопровождающийся болью за грудиной, характерен для:**

- 1) астматической формы
- 2) ангинозной формы
- 3) абдоминальной формы
- 4) аритмической формы

**45. Подъем сегмента ST вогнутой формы на ЭКГ характерен для:**

- 1) острого инфаркта миокарда
- 2) экссудативного перикардита
- 3) гиперкалиемии
- 4) передозировки сердечными гликозидами

**46. ЭКГ-признаком острейшей стадии инфаркта миокарда является:**

- 1) патологический зубец Q
- 2) монофазная кривая
- 3) отрицательный зубец T
- 4) удлинение интервала QT

**47. Сохранение монофазной кривой на ЭКГ через 1 месяц и более после перенесенного острого инфаркта миокарда свидетельствует о развитии:**

- 1) тромбоэмболии легочной артерии
- 2) аневризмы сердца
- 3) полной атриовентрикулярной блокады
- 4) постинфарктного перикардита

**48. Зону некроза при остром инфаркте миокарда на ЭКГ отражает зубец:**

- 1) P
- 2) Q
- 3) R
- 4) T

**49. Появление патологического зубца Q на ЭКГ в отведениях II, III, aVF характерно для острого инфаркта миокарда:**

- 1) задне-нижней локализации
- 2) передней локализации
- 3) передне-перегородочной локализации
- 4) боковой локализации

**50. Появление патологического зубца Q на ЭКГ в отведениях V1-V3 характерно для острого инфаркта миокарда:**

- 1) задне-нижней локализации
- 2) передней локализации
- 3) передне-перегородочной локализации
- 4) боковой локализации

**51. Появление патологического зубца Q на ЭКГ в отведениях I, aVL, V4-V6 характерно для острого инфаркта миокарда:**

- 1) задне-нижней локализации
- 2) передней локализации
- 3) передне-перегородочной локализации
- 4) боковой локализации

**52. Основной причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе, является:**

- 1) отек легких
- 2) разрыв миокарда с тампонадой сердца
- 3) полная атриовентрикулярная блокада
- 4) фибрилляция желудочков

**53. При остром инфаркте миокарда отсутствие сознания и пульса на сонных артериях с сохраняющимися регулярными зубцами на ЭКГ характерно для:**

- 1) синдрома Дресслера
- 2) разрыва миокарда с тампонадой сердца
- 3) полной атриовентрикулярной блокады
- 4) фибрилляции желудочков

**54. При остром инфаркте миокарда причиной истинного кардиогенного шока является:**

- 1) постинфарктный перикардит
- 2) обширный некроз миокарда
- 3) нарушения ритма сердца
- 4) полная атриовентрикулярная блокада

**55. Острый инфаркт миокарда правого желудочка необходимо заподозрить при ЭКГ-признаках инфаркта:**

- 1) передне-перегородочной локализации в сочетании с отеком легких
- 2) нижней стенки левого желудочка в сочетании с кардиогенным шоком
- 3) передней стенки левого желудочка в сочетании с кардиогенным шоком
- 4) боковой стенки левого желудочка

**56. Для диагностики острого инфаркта миокарда правого желудочка наиболее информативными ЭКГ отведениями являются:**

- 1) II, III, aVF
- 2) V1-V3
- 3) V7-V9
- 4) V3R-V4R

**57. Препаратом выбора для купирования болевого синдрома при остром инфаркте миокарда является:**

- 1) трамал
- 2) анальгин
- 3) морфин
- 4) кеторолак

**58. При остром инфаркте миокарда внутривенная инфузия нитропрепаратов способствует профилактике:**

- 1) синдрома Дресслера
- 2) рецидива боли
- 3) нарушений ритма сердца
- 4) нарушений проводимости сердца

**59. Внутримышечный путь введения гепарина нецелесообразен из-за:**

- 1) медленного всасывания
- 2) разрушения тканевыми ферментами
- 3) развития отека Квинке
- 4) развития болезненных гематом

**60. Препаратом выбора для лечения неосложненного гипертонического криза на догоспитальном этапе является:**

- 1) адельфан
- 2) гипотиазид
- 3) моксонидин
- 4) клофелин

**61. Разовая доза моксонидина при неосложненном гипертоническом кризе с симпатoadреналовой активностью составляет:**

- 1) 0,2 мг
- 2) 0,4 мг
- 3) 0,6 мг
- 4) 0,8 мг

**62. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном гипертензивной энцефалопатией, является:**

- 1) метопролол
- 2) эналаприлат
- 3) дибазол
- 4) нитраты

**63. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном острым коронарным синдромом, является:**

- 1) эналаприлат
- 2) нитраты
- 3) магния сульфат
- 4) метопролол

**64. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном расслаивающей аневризмой аорты, является:**

- 1) клофелин
- 2) эналаприлат
- 3) магния сульфат
- 4) нитраты

**65. Препаратом выбора для лечения истинного кардиогенного шока при остром инфаркте миокарда левого желудочка является:**

- 1) кальция хлорид
- 2) преднизолон
- 3) допамин
- 4) мезатон

**66. При остром инфаркте миокарда правого желудочка, сопровождающемся кардиогенным шоком, на догоспитальном этапе показано введение:**

- 1) нитратов
- 2) фуросемида
- 3) антагонистов кальция
- 4) растворов для инфузионной терапии до стабилизации гемодинамики или до появления признаков левожелудочковой недостаточности

**67. При остром инфаркте миокарда для купирования отека легких, не сопровождающегося артериальной гипотензией, показано введение:**

- 1) клофелина
- 2) магния сульфата

- 3) нитратов
- 4) строфангина

**68. При остром инфаркте миокарда для купирования отека легких, сопровождающегося артериальной гипотензией, показано введение:**

- 1) кордиамина
- 2) фуросемида
- 3) преднизолона
- 4) допамина

**69. При атриовентрикулярной блокаде II степени для купирования брадикардии на догоспитальном этапе применяется:**

- 1) атропин
- 2) кордиамин
- 3) алупент
- 4) эуфиллин

**70. Наибольшим эффектом для купирования брадикардии при полной атриовентрикулярной блокаде обладает:**

- 1) атропин
- 2) эуфиллин
- 3) электрокардиостимуляция
- 4) допамин

**71. Препаратом выбора при гипертоническом кризе, осложненном отеком легких, является:**

- 1) фуросемид
- 2) дибазол
- 3) магния сульфат
- 4) метопролол

**72. Для купирования пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии с узкими комплексами QRS (менее 0,12 секунды) на догоспитальном этапе применим:**

- 1) АТФ
- 2) дигоксин
- 3) кордарон
- 4) лидокаин

**73. Для купирования пароксизмальной тахикардии с широкими комплексами QRS (более 0,12 секунды) на догоспитальном этапе применим:**

- 1) верапамил
- 2) новокаинамид
- 3) дигоксин
- 4) кордарон

**74. При некупированном пароксизме суправентрикулярной тахикардии на догоспитальном этапе повторное болюсное введение 5-10 мг верапамила:**

- 1) недопустимо
- 2) возможно не ранее 10 минут
- 3) возможно не ранее 30-35 минут
- 4) возможно не ранее 2 часов

**75. При передозировке верапамила на догоспитальном этапе показано введение:**

- 1) атропина

- 2) налоксона
- 3) унитиола
- 4) кальция хлорида

**76. ЭКГ-признак синдрома Фредерика – это:**

- 1) фибрилляция предсердий с полной блокадой правой ножки пучка Гиса
- 2) фибрилляция предсердий с полной блокадой левой ножки пучка Гиса
- 3) фибрилляция предсердий с полной атриовентрикулярной блокадой
- 4) регулярная форма трепетания предсердий

**77. Применение клофелина при гипертоническом кризе на догоспитальном этапе показано:**

- 1) всегда при систолическом артериальном давлении выше 260 мм рт.ст.
- 2) при синдроме отмены клофелина
- 3) всегда при сопутствующем остром коронарном синдроме
- 4) всегда при сопутствующей гипертонической энцефалопатии

**78. При трепетании предсердий волны F на ЭКГ лучше всего регистрируются в отведениях:**

- 1) II, III, aVF
- 2) I, aVL
- 3) V3-V4
- 4) V5-V6

**79. Препаратом выбора для купирования тахисистолической формы фибрилляции предсердий является:**

- 1) лидокаин
- 2) дигоксин
- 3) верапамил
- 4) АТФ

**80. Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий с левожелудочковой острой сердечной недостаточностью является:**

- 1) метопролол
- 2) новокаинамид
- 3) дигоксин
- 4) верапамил

**81. Риск развития интоксикации сердечными гликозидами повышает:**

- 1) верапамил
- 2) панангин
- 3) кордарон
- 4) каптоприл

**82. При передозировке сердечных гликозидов на ЭКГ регистрируется:**

- 1) горизонтальное снижение сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии
- 2) подъем сегмента ST более чем на 1 мм от изолинии
- 3) сегмент ST на изолинии
- 4) корытообразная депрессия сегмента ST

**83. Для профилактики и лечения реперфузионных аритмий при проведении тромболитической терапии больным с острым коронарным синдромом показано введение:**

- 1) дигоксина

- 2) новокаинамида
- 3) калия и магния аспарагината
- 4) лидокаина

**84. Болюсное внутривенное введение АТФ показано при пароксизме:**

- 1) фибрилляции предсердий
- 2) трепетания предсердий
- 3) узловой тахикардии
- 4) желудочковой тахикардии

**85. Характерным признаком желудочковой экстрасистолы является:**

- 1) положительный зубец Р, комплекс QRS уширен
- 2) отрицательный зубец Р, комплекс QRS уширен
- 3) зубец Р отсутствует, комплекс QRS уширен
- 4) зубец Р отсутствует, комплекс QRS обычной формы

**86. Экстрасистолы называются ранними желудочковыми, если они:**

- 1) возникают сразу после зубца Р
- 2) возникают через 0,1 секунды после зубца Р
- 3) наслаиваются на зубец Т
- 4) возникают через 0,2 секунды после зубца Т

**87. Препаратом выбора для купирования регулярно пароксизмальной желудочковой тахикардии на догоспитальном этапе является:**

- 1) метопролол
- 2) АТФ
- 3) лидокаин
- 4) дигоксин

**88. Препаратом выбора для купирования желудочковой тахикардии типа «пируэт» на догоспитальном этапе является:**

- 1) кордарон
- 2) магния сульфат
- 3) лидокаин
- 4) верапамил

**89. ЭКГ-признаком полной атриовентрикулярной блокады является:**

- 1) удлинение интервала PQ
- 2) уширение комплекса QRS
- 3) отсутствие связи между зубцом Р и комплексом QRS
- 4) удлинение интервала QT

**90. Приступ Морганьи-Эдамса-Стокса характерен для:**

- 1) полной атриовентрикулярной блокады
- 2) тромбоза общей сонной артерии
- 3) желудочно-кишечного кровотечения
- 4) фибрилляции желудочков

**91. Приступ удушья и обильная пенистая розовая мокрота у больного на фоне гипертонического криза являются характерными признаками:**

- 1) отека легких
- 2) легочного кровотечения
- 3) тромбоэмболии легочной артерии
- 4) пневмонии

**92. Больной с отеком легких транспортируется в стационар на носилках в положении:**

- 1) на боку
- 2) горизонтально на спине
- 3) на спине с приподнятым головным концом
- 4) на спине с приподнятым ножным концом

**93. Боль в области груди, развившаяся на фоне внезапно возникшей одышки, наиболее характерна для:**

- 1) острого перикардита
- 2) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- 3) расслаивающей аневризмы аорты
- 4) тромбоэмболии ветвей легочной артерии

**94. Систолический шум на верхушке сердца аускультативно выслушивается при:**

- 1) аортальном стенозе
- 2) митральном стенозе
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности митрального клапана

**95. Диастолическое дрожание на верхушке сердца «кошачье мурлыканье» аускультативно выслушивается при:**

- 1) аортальном стенозе
- 2) митральном стенозе
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности митрального клапана

**96. Пульсация сонных артерий отмечается при:**

- 1) аортальном стенозе
- 2) митральном стенозе
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности митрального клапана

**97. Систолическое дрожание во II межреберье справа от грудины аускультативно выслушивается при:**

- 1) стенозе устья аорты
- 2) митральном стенозе
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности трехстворчатого клапана

**98. Приступы головокружения и обмороки при увеличении физической нагрузки наиболее характерны для:**

- 1) стеноза устья аорты
- 2) стеноза правого атриовентрикулярного отверстия
- 3) недостаточности клапана аорты
- 4) недостаточности трехстворчатого клапана

**99. ЭКГ-признаком перикардита является:**

- 1) укорочение интервала PQ
- 2) наличие патологического зубца Q
- 3) укорочение интервала QT
- 4) подъем сегмента ST в большинстве отведений

**100. Крепитация выслушивается:**

- 1) при остром бронхите
- 2) при приступе бронхиальной астмы
- 3) при экссудативном плеврите
- 4) в начальной стадии долевой (крупозной) пневмонии

**101. Ржавый характер мокроты характерен для:**

- 1) тромбоэмболии ветвей легочной артерии
- 2) приступа бронхиальной астмы
- 3) долевой (крупозной) пневмонии
- 4) обострения хронической обструктивной болезни легких

**102. При долевой (крупозной) пневмонии в отличие от тромбоэмболии легочной артерии наблюдается:**

- 1) одышка
- 2) боль в грудной клетке, связанная с дыханием
- 3) мокрота с прожилками крови
- 4) синдром SI QIII на ЭКГ

**103. Сульфокамфокаин противопоказан при повышенной чувствительности к:**

- 1) ацетилсалициловой кислоте
- 2) морфину
- 3) новокаину
- 4) анальгину

**104. Боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, и шум трения плевры при аускультации характерны для:**

- 1) острого бронхита
- 2) бронхиальной астмы
- 3) сухого плеврита
- 4) экссудативного плеврита

**105. Характерным аускультативным признаком сухого плеврита является:**

- 1) шум трения плевры
- 2) ослабление дыхательных шумов
- 3) крепитация
- 4) влажные разнокалиберные хрипы

**106. Характерным аускультативным признаком экссудативного плеврита является:**

- 1) крупнопузырчатые влажные хрипы
- 2) шум трения плевры
- 3) крепитация
- 4) резкое ослабление дыхания на стороне поражения

**107. Пикфлоуметрией измеряется:**

- 1) дыхательный объем легких
- 2) резервный объем легких
- 3) жизненная емкость легких
- 4) пиковая скорость выдоха

**108. Пикфлоуметрией определяется:**

- 1) давление в дыхательных путях на вдохе
- 2) степень обструкции дыхательных путей
- 3) насыщение гемоглобина артериальной крови кислородом
- 4) величина сердечного выброса



**109. Основной жалобой больного при приступе бронхиальной астмы является:**

- 1) боль в грудной клетке
- 2) удушье
- 3) кашель с гнойной мокротой
- 4) кровохарканье

**110. Ведущим признаком бронхиальной астмы является:**

- 1) постоянная инспираторная одышка
- 2) приступы одышки с удлиненным выдохом
- 3) лающий кашель
- 4) боль в грудной клетке, связанная с дыханием

**111. При приступе бронхиальной астмы в легких при аускультации выслушиваются:**

- 1) влажные крупнопузырчатые хрипы
- 2) влажные мелкопузырчатые хрипы
- 3) крепитация
- 4) сухие свистящие хрипы

**112. Оптимальным способом купирования приступа бронхиальной астмы на догоспитальном этапе является:**

- 1) внутривенное введение эуфиллина
- 2) ингаляция кислорода
- 3) ингаляция беродуала через небулайзер
- 4) внутривенное введение адреналина

**113. Препаратом выбора для купирования приступа удушья при бронхиальной астме является:**

- 1) беродуал
- 2) эуфиллин
- 3) супрастин
- 4) преднизолон

**114. Проведение небулайзерной терапии будесонидом показано при:**

- 1) кардиогенном отеке легких
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) пневмонии
- 4) бронхиальной астме

**115. Антигистаминные препараты при астматическом статусе вызывают:**

- 1) тахикардию и мышечную дрожь
- 2) усиление кашлевого рефлекса
- 3) резкое угнетение дыхания центрального генеза
- 4) сгущение мокроты с затруднением ее эвакуации

**116. Ингаляция 100% кислорода при астматическом статусе может вызвать:**

- 1) резкое возбуждение
- 2) временную остановку дыхания
- 3) учащение дыхания
- 4) купирование астматического статуса

**117. При аллергической реакции на эуфиллин противопоказан:**

- 1) супрастин
- 2) атропин

- 3) адреналин
- 4) преднизолон

**118. Гипогликемическое состояние диагностируется по данным глюкометра (глюкотеста) при содержании глюкозы в крови уже меньше:**

- 1) 8,2 ммоль/литр
- 2) 5,5 ммоль/литр
- 3) 3,3 ммоль/литр
- 4) 2,6 ммоль/литр

**119. Гипергликемическое состояние диагностируется по данным глюкометра (глюкотеста) при содержании глюкозы в крови уже больше:**

- 1) 3,3 ммоль/литр
- 2) 5,0 ммоль/литр
- 3) 7,0 ммоль/литр
- 4) 8,2 ммоль/литр

**120. Для лечения гипогликемической комы на догоспитальном этапе внутривенно вводится:**

- 1) тиамин 100 мг, затем 40 мл 40% раствора глюкозы
- 2) налоксон 0,4-0,8 мг
- 3) 40 мл 40% раствора глюкозы вместе с 6-8 ЕД инсулина
- 4) 200 мл 5% раствора глюкозы со скоростью 60 капель в минуту

**121. Если после введения 40 мл 40% раствора глюкозы у больного восстановилось сознание, в первую очередь необходимо:**

- 1) предложить больному поесть
- 2) дополнительно ввести внутривенно 40 мл 40% раствора глюкозы
- 3) ввести инсулин короткого действия, затем предложить больному поесть
- 4) ввести поляризующую смесь

**122. При гипергликемической коме в выдыхаемом воздухе характерный запах:**

- 1) ацетона
- 2) миндаля
- 3) алкоголя
- 4) отсутствует

**123. При гипергликемической коме дыхание:**

- 1) не изменяется
- 2) редкое с длительными периодами остановки
- 3) частое и глубокое
- 4) частое и поверхностное

**124. Догоспитальная интенсивная терапия гипергликемической комы заключается в:**

- 1) инсулинотерапии
- 2) инфузии кристаллоидных растворов
- 3) введении глюкокортикоидов
- 4) введении лазикса

**125. Для регидратации при диабетическом кетоацидозе на догоспитальном этапе применим раствор:**

- 1) 10% глюкозы
- 2) 0,9% натрия хлорида
- 3) 4% натрия гидрокарбоната

4) полиглюкина

**126. При деабетическом кетоацинозе для лечения аритмий на фоне удлинения интервала QT оптимально введение:**

- 1) новокаинамида
- 2) амиодарона
- 3) калия и магния аспарагината
- 4) верапамила

**127. При тиреотоксическом кризе противопоказано применение:**

- 1) раствора глюкозы
- 2) дексаметазона
- 3) анаприлина
- 4) ацетилсалициловой кислоты

**128. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности на догоспитальном этапе включает введение:**

- 1) глюкокортикоидных препаратов
- 2) кальция хлорида
- 3) кордиамина
- 4) панангина

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ**

**1. При наружном артериальном кровотечении кровь:**

- 1) алого цвета, бьет струей
- 2) алого цвета, вытекает медленно
- 3) темно-вишневого цвета, бьет струей
- 4) темно-вишневого цвета, вытекает медленно

**2. При наружном венозном кровотечении кровь:**

- 1) алого цвета, бьет струей
- 2) алого цвета, вытекает медленно
- 3) темно-вишневого цвета, бьет струей
- 4) темно-вишневого цвета, вытекает медленно

**3. При кровотечении из артерии конечности накладывается:**

- 1) кровоостанавливающий жгут ниже места повреждения
- 2) кровоостанавливающий жгут выше места повреждения
- 3) давящая повязка на место повреждения
- 4) давящая повязка выше места повреждения

**4. Ослабление кровоостанавливающего жгута при ранении артерии:**

- 1) проводится каждые 3 часа летом и 1,5 часа зимой
- 2) проводится каждый час летом и полчаса зимой
- 3) проводится каждые полчаса летом и 10 минут зимой
- 4) на догоспитальном этапе не проводится

**5. Перед ослаблением кровоостанавливающего жгута при ранении артерии:**

- 1) внутривенно вводится этамзилат натрия
- 2) выполняется пальцевое прижатие артерии выше жгута
- 3) накладываеся давящая повязка на место повреждения
- 4) дополнительные мероприятия не требуются

**6. При кровотечении из вены конечности накладывается:**

- 1) кровоостанавливающий жгут ниже места повреждения
- 2) кровоостанавливающий жгут выше места повреждения
- 3) давящая повязка на место повреждения
- 4) давящая повязка выше места повреждения

**7. Транспортная иммобилизация при переломе ключицы:**

- 1) осуществляется путем заведения поврежденной верхней конечности за голову с фиксацией к шее
- 2) заключается в наложении повязки Дезо
- 3) заключается в наложении восьмиобразной повязки
- 4) не проводится

**8. Кровопотеря при закрытом переломе диафиза плечевой кости у взрослого:**

- 1) незначительная
- 2) максимально достигает 0,5 л
- 3) максимально достигает 1 л
- 4) максимально достигает 2 л

**9. При переломе диафиза плечевой кости лестничная шина для транспортной иммобилизации:**

- 1) не применяется
- 2) располагается от середины предплечья до плечевого сустава на поврежденной стороне
- 3) располагается от середины предплечья на поврежденной стороне до плечевого сустава на здоровой стороне
- 4) располагается от пястно-фаланговых суставов кисти на поврежденной стороне до плечевого сустава на здоровой стороне

**10. При повреждении лучезапястного сустава или пястных костей транспортная иммобилизация:**

- 1) не проводится
- 2) осуществляется расположением шины от концов пальцев до дистальной трети предплечья
- 3) осуществляется расположением шины от концов пальцев до локтевого сустава
- 4) осуществляется расположением шины от середины кисти до середины предплечья

**11. При диафизарных переломах бедра шина для транспортной иммобилизации располагается от:**

- 1) пальцев стопы до подмышечной впадины
- 2) пальцев стопы до тазобедренного сустава
- 3) середины голени до подмышечной впадины
- 4) коленного до тазобедренного сустава

**12. Кровопотеря при закрытом переломе диафиза бедра у взрослого максимально достигает:**

- 1) 0,5 л
- 2) 1 л
- 3) 1,5 л
- 4) 2 л

**13. При переломах костей голени шина для транспортной иммобилизации располагается от:**

- 1) пальцев стопы до подмышечной впадины
- 2) пальцев стопы до средней трети бедра

- 3) пальцев стопы до коленного сустава
- 4) голеностопного до коленного сустава

**14. При лодыжечных переломах для транспортной иммобилизации:**

- 1) лестничная шина не применяется
- 2) шина располагается от середины стопы до колена по задней поверхности
- 3) шина располагается от пятки до середины бедра
- 4) одна шина располагается от пальцев стопы до колена по задней поверхности, другая - V-образно с боков до середины голени

**15. Кровопотеря при изолированных переломах костей таза у взрослого максимально достигает:**

- 1) 0,5 л
- 2) 1 л
- 3) 2 л
- 4) 5 л

**16. При подозрении на перелом позвоночника в поясничном отделе транспортировка пострадавших:**

- 1) невозможна
- 2) производится в положении лежа на спине на жестких носилках или щите
- 3) производится в положении лежа на животе на жестких носилках или щите
- 4) производится в положении сидя

**17. Первоочередным мероприятием у пострадавшего без сознания после падения с высоты или ныряния в воду является:**

- 1) выполнение тройного приема Сафара
- 2) интубация трахеи
- 3) фиксация шейного отдела позвоночника с помощью шины-воротника
- 4) внутривенное введение глюкокортикоидных препаратов

**18. При подозрении на перелом позвоночника в шейном отделе пострадавшие транспортируются лежа на:**

- 1) спине с запрокинутой головой
- 2) спине с головой, приведенной к груди
- 3) спине с наложенной шиной-воротником
- 4) боку

**19. При переломах ребер на догоспитальном этапе:**

- 1) накладывается повязка Дезо
- 2) используется фиксирующая спиральная повязка на грудную клетку
- 3) применяется фиксирующая крестообразная повязка на грудную клетку
- 4) наложение фиксирующей повязки не показано

**20. Характерным признаком двойного перелома ребер является:**

- 1) парадоксальные движения грудной клетки в месте травмы при дыхании
- 2) отсутствие экскурсии поврежденной половины грудной клетки
- 3) нарастающая подкожная эмфизема
- 4) открытый пневмоторакс

**21. При окончательном переломе ребер с наличием флотирующего участка грудной клетки на догоспитальном этапе:**

- 1) используется спиральная повязка на грудную клетку

- 2) производится фиксация флотирующего участка пластырем без наложения циркулярной повязки
- 3) применяется циркулярная повязка на грудную клетку эластичным бинтом
- 4) фиксация флотирующего участка не показана

**22. Рациональным догоспитальным объемом медицинской помощи пострадавшим с травмой, не осложненной шоком, является:**

- 1) максимально быстрая транспортировка в стационар без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- 2) проведение обезболивания, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар
- 3) проведение обезболивания, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар на фоне массивной инфузионной терапии
- 4) проведение обезболивания, иммобилизация переломов, оксигенотерапия, транспортировка в стационар на фоне массивной инфузионной терапии

**23. Рациональным догоспитальным объемом медицинской помощи при травматическом шоке является:**

- 1) максимально быстрая транспортировка в стационар без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- 2) проведение обезболивания, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар
- 3) начало инфузионной терапии, респираторная поддержка, обезболивание, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар на фоне продолжающейся внутривенной инфузии
- 4) проведение массивной инфузионной терапии на месте происшествия до возмещения объема кровопотери, респираторная поддержка, обезболивание, иммобилизация переломов, транспортировка в стационар

**24. При синдроме длительного сдавления применение артериального жгута на догоспитальном этапе обосновано:**

- 1) всегда
- 2) при наличии четкой зоны нежизнеспособности тканей поврежденной конечности
- 3) при признаках выраженной интоксикации
- 4) при сочетании с закрытыми переломами костей поврежденной конечности

**25. При синдроме длительного сдавления применение артериального жгута на догоспитальном этапе обосновано:**

- 1) всегда
- 2) при длительности сдавления не менее 8 часов
- 3) при длительности сдавления не менее 12 часов
- 4) при артериальном кровотечении

**26. При синдроме длительного сдавления проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе:**

- 1) обязательно
- 2) показано только после освобождения сдавленной конечности
- 3) показано только при артериальной гипотензии
- 4) противопоказано

**27. Начальная инфузионная терапия при синдроме длительного сдавления на догоспитальном этапе (500 - 1000 мл) проводится раствором:**

- 1) трисоли
- 2) реополиглюкина
- 3) 5% или 10% глюкозы
- 4) 0,9% натрия хлорида

**28. При синдроме длительного сдавления обезболивание на догоспитальном этапе:**

- 1) обязательно
- 2) показано только при сопутствующих переломах костей
- 3) противопоказано до освобождения сдавленной конечности
- 4) противопоказано при признаках выраженной интоксикации

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, И В ПСИХИАТРИИ**

**1. Шкала Глазго используется для оценки:**

- 1) уровня угнетения сознания
- 2) степени тяжести шока
- 3) выраженности дыхательных расстройств при коме
- 4) состояния новорожденного

**2. Сопору по шкале Глазго соответствует сумма баллов, равная:**

- 1) 5
- 2) 7
- 3) 9
- 4) 13

**3. Корнеальный рефлекс угнетается при:**

- 1) дисциркуляторной энцефалопатии
- 2) поражении мозжечка
- 3) менингеальном синдроме
- 4) поражении ствола мозга

**4. Диаметр зрачка в норме при обычном освещении примерно равен:**

- 1) 0,5 мм
- 2) 1-1,5 мм
- 3) 2-2,5 мм
- 4) 3-4 мм

**5. При анизокории выявляется одностороннее:**

- 1) расширение или сужение зрачка
- 2) снижение или повышение реакции зрачка на свет
- 3) снижение корнеального рефлекса
- 4) опущение века

**6. Рациональным объемом терапии фельдшерской бригады скорой медицинской помощи при выявлении признаков вклинения ствола мозга является:**

- 1) срочная госпитализация в реанимационное отделение ближайшего стационара без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- 2) срочная госпитализация в реанимационное отделение нейрохирургического стационара без проведения дополнительных лечебных мероприятий
- 3) применение ларингеальной трубки, проведение искусственной вентиляции легких в режиме гипервентиляции, срочная госпитализация в реанимационное отделение нейрохирургического стационара
- 4) внутривенное введение лазикса, введение дыхательных аналептиков (кофеин, кордиамин) и оксигенотерапия при нарушении дыхания, срочная госпитализация в реанимационное отделение нейрохирургического стационара

**7. Расстройством высших корковых функций является:**

- 1) анизокория

- 2) афазия
- 3) нистагм
- 4) центральный паралич

**8. Остро развившийся односторонний положительный симптом Бабинского выявляется при поражении:**

- 1) ствола мозга
- 2) мозжечка
- 3) полушария головного мозга на той же стороне
- 4) полушария головного мозга на противоположной стороне

**9. Положительный симптом Кернига выявляется путем:**

- 1) разгибания голени при согнутом под прямым углом к туловищу бедре
- 2) сгибания головы с приведением подбородка к груди
- 3) надавливания на лонное сочленение
- 4) поднятия выпрямленной в коленном суставе ноги

**10. При возникновении судорожного припадка на догоспитальном этапе применяется:**

- 1) кеторолак
- 2) кофеин
- 3) лидокаин
- 4) реланиум

**11. Для купирования эпилептического припадка на догоспитальном этапе применим:**

- 1) кальция глюконат
- 2) диазепам
- 3) лидокаин
- 4) эуфиллин

**12. При продолжении судорожного статуса после применения диазепама на догоспитальном этапе показан:**

- 1) прозерин
- 2) тиопентал натрия
- 3) лидокаин
- 4) фентанил

**13. При невозможности купирования судорожного статуса на догоспитальном этапе традиционными препаратами (диазепам, тиопентал натрия) применим:**

- 1) кофеин
- 2) 40% раствор глюкозы
- 3) листенон
- 4) лидокаин

**14. Миастенический криз купируется введением:**

- 1) атропина
- 2) прозерина
- 3) кофеина и кордиамина
- 4) налоксона

**15. При подозрении на разрыв аневризмы мозговых сосудов или геморрагический инсульт на догоспитальном этапе необходимо ввести:**

- 1) реополиглюкин
- 2) лазикс
- 3) гипотензивные препараты при систолическом артериальном давлении выше 170 мм рт.ст.



4) аминокaproновую кислоту

**16. При подозрении на разрыв аневризмы мозговых сосудов или геморрагический инсульт минимальный уровень систолического артериального давления, превышение которого является показанием к гипотензивной терапии на догоспитальном этапе, составляет:**

- 1) 130 мм рт.ст.
- 2) 150 мм рт.ст.
- 3) 170 мм рт.ст.
- 4) 200 мм рт.ст.

**17. В объем догоспитальной терапии ишемического инсульта входит введение:**

- 1) нейропротекторных препаратов (цитофлавин, цераксон)
- 2) гипотензивных препаратов при систолическом артериальном давлении выше 150 мм рт.ст.
- 3) диуретиков
- 4) аминокaproновой кислоты

**18. Минимальный уровень систолического артериального давления, превышение которого при ишемическом инсульте является показанием к гипотензивной терапии на догоспитальном этапе, составляет:**

- 1) 150 мм рт.ст.
- 2) 170 мм рт.ст.
- 3) 200 мм рт.ст.
- 4) 220 мм рт.ст.

**19. Признаком, отличающим окклюзию нижнего сегмента брюшной аорты от ишемии в нижнем сосудистом бассейне спинного мозга, является:**

- 1) нижняя параплегия
- 2) проводниковое нарушение чувствительности
- 3) расстройство функций тазовых органов
- 4) отсутствие пульсации на артериях нижних конечностей

**20. Признаком, отличающим ушиб головного мозга от сотрясения, является:**

- 1) потеря сознания
- 2) наличие очаговой неврологической симптоматики
- 3) сильная головная боль и рвота
- 4) нистагм

**21. Прогрессирование отека головного мозга с нарушением витальных функций у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе является показанием к:**

- 1) интубации трахеи или введению ларингеальной трубки и проведению искусственной вентиляции легких в режиме гипервентиляции
- 2) внутривенному капельному введению 5% раствора глюкозы
- 3) внутривенному введению лазикса
- 4) внутривенному введению пирацетама

**22. При подозрении на повреждение спинного мозга на догоспитальном этапе необходимо внутривенно ввести:**

- 1) глюкокортикоидные препараты
- 2) лазикс
- 3) пирацетам
- 4) лидокаин

**23. Для купирования возбуждения при острых психотических расстройствах на догоспитальном этапе эффективны:**

- 1) транквилизаторы
- 2) нейролептики
- 3) ноотропы
- 4) психостимуляторы

**24. Развитие острого нейролептического синдрома обусловлено применением:**

- 1) атропина
- 2) нейролептиков
- 3) транквилизаторов
- 4) опиатов

**25. Острые дискинетические расстройства, вызванные приемом нейролептиков, купируются:**

- 1) транквилизаторами
- 2) прозеринном
- 3) пирацетамом
- 4) кофеином

**26. Невротическое расстройство характеризуется:**

- 1) сохранением чувства реальности
- 2) развитием бреда
- 3) наличием истинных галлюцинаций
- 4) наличием псевдогаллюцинаций

**27. Для купирования острых невротических расстройств на догоспитальном этапе применяются:**

- 1) транквилизаторы
- 2) нейролептики
- 3) ноотропы
- 4) психостимуляторы

**28. Острые алкогольные психозы (делирий, галлюциноз и др.) на догоспитальном этапе купируются:**

- 1) аминазином
- 2) галоперидолом
- 3) диазепамом
- 4) кордиамином

## **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ОРГАНОВ ГРУДИ И ЖИВОТА, И В УРОЛОГИИ**

**1. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки проявляется следующим симптомокомплексом:**

- 1) боль в животе опоясывающего характера, тошнота, рвота желудочным содержимым
- 2) схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота желудочным содержимым
- 3) умеренно выраженная боль в верхних отделах живота, рвота «кофейной гущей», язвенный анамнез
- 4) внезапно возникшая сильная боль в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки, язвенный анамнез

**2. Отсутствие печеночной тупости при перкуссии характерно для:**

- 1) травмы печени

- 2) прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
- 3) острого аппендицита
- 4) острого гепатита

**3. Острый холецистит проявляется следующим симптомокомплексом:**

- 1) боль в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, рвота «желчью»
- 2) боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку, тошнота, рвота, повышение температуры, при пальпации - увеличенный болезненный желчный пузырь
- 3) боль в правой половине живота и поясничной области справа, болезненность при поколачивании в правой поясничной области
- 4) боль в эпигастральной области с последующим перемещением в правую подвздошную область, тошнота, однократная рвота

**4. Рациональным догоспитальным объемом терапии при остром холецистите является:**

- 1) холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар в положении лежа
- 2) обезболивание, антибиотики, «актив» в поликлинику
- 3) обезболивание, госпитализация в хирургический стационар в положении лежа
- 4) госпитализация в хирургический стационар в положении лежа без дополнительных лечебных мероприятий

**5. Рациональным догоспитальным объемом терапии при остром панкреатите является:**

- 1) обезболивание, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар
- 2) холод на живот, спазмолитики, введение желудочного зонда, госпитализация в хирургический стационар на фоне инфузионной терапии кристаллоидами
- 3) госпитализация в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) исключение приема пищи и жидкости, спазмолитики, передать «актив» в поликлинику

**6. Боль в начальной стадии острого аппендицита локализуется в:**

- 1) эпигастральной области с последующим перемещением в правую подвздошную область
- 2) верхней половине живота с иррадиацией в спину
- 3) правой подвздошной области с иррадиацией в пах, правое яичко
- 4) правом подреберье с последующим перемещением в правую подвздошную область

**7. Рациональным догоспитальным объемом медицинской помощи при остром аппендиците является:**

- 1) холод на живот, обезболивание, госпитализация в хирургический стационар
- 2) холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар
- 3) госпитализация в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) антибиотики, обезболивание, спазмолитики, «передать актив» в поликлинику

**8. Рациональной догоспитальной тактикой при положительных симптомах острого аппендицита и наличии рубца от хирургического вмешательства в правой подвздошной области является:**

- 1) госпитализация в хирургический стационар в срочном порядке
- 2) вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи для консультации
- 3) обезболивание, повторный осмотр через 2 часа
- 4) обезболивание, «актив» в поликлинику

**9. Открытый пневмоторакс проявляется следующим симптомокомплексом:**

- 1) наличие раны, аускультативно - дыхание везикулярное с обеих сторон, одышка
- 2) наличие раны, на пораженной стороне притупление перкуторного звука и ослабленное дыхание при аускультации, одышка

3) свистящее дыхание из раны грудной клетки с выделением пузырьков воздуха, смешанного с кровью, на пораженной стороне тимпанический перкуторный звук и ослабленное дыхание при аускультации, одышка

4) отсутствие раны, на пораженной стороне тимпанический перкуторный звук и ослабленное дыхание при аускультации, крепитация ребер при дыхании и пальпации, одышка, подкожная эмфизема

**10. Рациональная тактика при острой кишечной непроходимости на догоспитальном этапе включает:**

- 1) сифонную клизму, при отсутствии эффекта - госпитализацию в хирургический стационар
- 2) введение желудочного зонда, госпитализацию в хирургический стационар на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидами
- 3) госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) обезболивание, противорвотные и слабительные препараты, передать «актив» в поликлинику

**11. К ранним лечебным мероприятиям при открытом пневмотораксе на догоспитальном этапе относится:**

- 1) плевральная пункция на стороне повреждения во II межреберье по срединно-ключичной линии
- 2) начало искусственной вентиляции легких
- 3) окклюзионная повязка на рану грудной клетки
- 4) срочная госпитализация в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

**12. Рациональная тактика при диффузном перитоните с выраженным интоксикационным синдромом на догоспитальном этапе включает:**

- 1) обезболивание, госпитализацию в хирургический стационар
- 2) введение желудочного зонда, госпитализацию в хирургический стационар на фоне проведения инфузионной терапии кристаллоидами
- 3) госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) антибиотики, госпитализацию в хирургический стационар

**13. Ущемленная грыжа проявляется следующим симптомокомплексом:**

- 1) наличие грыжевого выпячивания, боль, положительный кашлевой толчок
- 2) наличие грыжевого выпячивания, его невосприимчивость, боль, отсутствие кашлевого толчка
- 3) наличие грыжевого выпячивания, его невосприимчивость, отсутствие боли
- 4) появление грыжевого выпячивания при кашле, возможность вправления

**14. Рациональная тактика при ущемленной грыже на догоспитальном этапе включает:**

- 1) спазмолитики, попытку вправить грыжу, при невосприимчивости - госпитализацию в хирургический стационар
- 2) спазмолитики, обезболивание, госпитализацию в хирургический стационар
- 3) госпитализацию в хирургический стационар без введения спазмолитиков, обезболивания и попыток вправить грыжу
- 4) обезболивание, холод на живот, передать «актив» в поликлинику

**15. Догоспитальная тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи включает:**

- 1) незамедлительную госпитализацию в хирургический стационар
- 2) при отсутствии боли - передать «актив» в поликлинику
- 3) при наличии боли - обезболивание, спазмолитики, повторный осмотр через 2 часа
- 4) при наличии боли - обезболивание, спазмолитики, госпитализацию в хирургический стационар

**16. Наличие проникающего ранения живота не вызывает сомнения при:**

- 1) эвентрации или истечении из раны содержимого кишечника
- 2) кровотечения из раны передней брюшной стенки
- 3) сильной боли в животе, вздутии живота, рвоте кровью
- 4) притуплении в отлогих местах при перкуссии живота, положительном симптоме Щеткина – Блюмберга

**17. Рациональная тактика при проникающем ранении живота и выпадении петель кишечника на догоспитальном этапе включает:**

- 1) вправление петли кишечника в брюшную полость, асептическую по-вязку, госпитализацию в хирургический стационар
- 2) обезболивание при сильном болевом синдроме, наложение асептиче-ской повязки (увлажненной в жаркое время года) без вправления петель кишечника в брюшную полость, госпитализацию в хирургический стационар
- 3) срочную госпитализацию в хирургический стационар без дополни-тельных лечебных мероприятий
- 4) введение антибиотиков, наложение асептической повязки с охлажде-нием, госпитализацию в хирургический стационар

**18. Рациональная тактика при закрытой травме живота и подозрении на повреждение внутренних органов на догоспитальном этапе включает:**

- 1) госпитализацию в хирургический стационар после проведения массивной инфузионной терапии
- 2) срочную госпитализацию в хирургический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 3) срочную госпитализацию в хирургический стационар на фоне поддерживающей инфузионной терапии, обезболивание короткодействующими анальгетиками (закись азота, фентанил) при сильном болевом синдроме
- 4) начало инфузионной терапии, вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи

**19. Рациональной тактикой догоспитальной инфузионной терапии при ранениях или травме живота с подозрением на повреждение внутренних органов является:**

- 1) обязательное переливание 1 л инфузионных растворов
- 2) массивная инфузионная терапия до достижения систолического артериального давления не ниже 120 мм рт.ст.
- 3) инфузионная терапия не показана до хирургической остановки кровотечения
- 4) струйное переливание инфузионных растворов до достижения систо-лического артериального давления 80 мм рт.ст., затем капельная инфузия до достижения систолического артериального давления 100 мм рт.ст.

**20. При перкуссии на стороне пневмоторакса отмечается:**

- 1) тимпанит
- 2) резкое притупление
- 3) ясный легочный звук
- 4) коробочный звук

**21. К ранним лечебным мероприятиям при напряженном клапанном пневмотораксе на догоспитальном этапе относится:**

- 1) плевральная пункция на стороне повреждения во II межреберье по срединно-ключичной линии
- 2) плевральная пункция на стороне повреждения в V межреберье по срединно-ключичной линии

- 3) плевральная пункция на стороне повреждения в VII межреберье по лопаточной или задне-подмышечной линии
- 4) срочная госпитализация в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

**22. При большом гемотораксе на догоспитальном этапе плевральная пункция:**

- 1) не проводится
- 2) проводится на стороне повреждения во II межреберье по срединно-ключичной линии  
проводится на стороне повреждения в V межреберье по лопаточной или задне-подмышечной линии
- 3) проводится на стороне повреждения в VII межреберье по лопаточной или задне-подмышечной линии

**23. Рациональной тактикой при проникающих ранениях груди с подозрением на ранение сердца на догоспитальном этапе является:**

- 1) незамедлительная госпитализация в операционный блок стационара
- 2) проведение массивной инфузионной терапии до стабилизации гемодинамических показателей пострадавшего, госпитализация в реанимационное отделение
- 3) вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи
- 4) незамедлительное начало непрямого массажа сердца, госпитализация в реанимационное отделение

**24. Интенсивная пульсирующая боль в грудной клетке характерна для:**

- 1) острого коронарного синдрома
- 2) тромбоэмболии легочной артерии
- 3) расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты
- 4) острого перикардита

**25. Иррадиация боли в область лопаток характерна для:**

- 1) расслаивающей аневризмы грудного отдела аорты
- 2) перикардита
- 3) острого инфаркта миокарда
- 4) спонтанного пневмоторакса

**26. Быстрое снижение систолического артериального давления до 100 мм рт.ст. показано на догоспитальном этапе при:**

- остром нарушении мозгового кровообращения
- отеке легких
- гипертоническом кризе
- расслаивающей аневризме аорты

**27. Рациональной тактикой фельдшерской бригады скорой медицинской помощи при расслаивающей аневризме аорты является:**

- 1) незамедлительная самостоятельная госпитализация
- 2) вызов врачебной линейной бригады скорой медицинской помощи
- 3) вызов специализированной кардиологической бригады скорой медицинской помощи
- 4) вызов специализированной реанимационной бригады скорой медицинской помощи

**28. Больного с диагнозом «расслаивающая аневризма аорты» наиболее целесообразно госпитализировать в:**

- 1) любое ближайшее лечебное учреждение
- 2) ближайший кардиологический блок интенсивной терапии
- 3) ближайшее отделение общей реанимации
- 4) отделение реанимации стационара, имеющего отделение ангиохирургии

**29. Догоспитальной тактикой при тромбозе глубоких вен нижней конечности является:**

- 1) срочная госпитализация в терапевтическое отделение
- 2) срочная госпитализация в ангиохирургическое отделение
- 3) повторный осмотр через 2 часа
- 4) передать «актив» в поликлинику

**30. Отличием анурии от острой задержки мочи, выявляемым на догоспитальном этапе, является:**

- 1) увеличенный мочевой пузырь, определяемый пальпаторно и перкуторно
- 2) отсутствие мочи при отсутствии позывов к мочеиспусканию
- 3) отсутствие мочи при наличии мучительных позывов к мочеиспусканию
- 4) подтекание мочи при отсутствии позывов к мочеиспусканию

**31. Рациональной догоспитальной тактикой при острой задержке мочи продолжительностью более 12 часов является:**

- 1) катетеризация мочевого пузыря мягким катетером, при удачной попытке госпитализация не проводится
- 2) катетеризация мочевого пузыря мягким катетером, госпитализация
- 3) катетеризация мочевого пузыря мягким катетером, при неудачной попытке - введение металлического катетера, госпитализация
- 4) госпитализация без попыток катетеризации мочевого пузыря мягким катетером

**32. Содержащий местный анестетик гель (катеджель) перед катетеризацией мочевого пузыря на догоспитальном этапе:**

- 1) не применяется
- 2) инстиллируется в мочеиспускательный канал, после чего уретральный катетер вводится через 7-10 минут
- 3) инстиллируется в мочеиспускательный канал, после чего сразу вводится уретральный катетер
- 4) применяется путем нанесения на уретральный катетер

**33. Внезапно возникшая интенсивная боль в правой половине живота без предшествующей травмы и появления мочи, окрашенной кровью, характерны для:**

- 1) острого аппендицита
- 2) острого холецистита
- 3) мочекаменной болезни с приступом почечной колики
- 4) правосторонней трубной внематочной беременности

**34. Острый гнойный пиелонефрит проявляется:**

- 1) внезапно возникшей интенсивной болью в поясничной области
- 2) потрясающим ознобом, признаками интоксикации
- 3) частым болезненным мочеиспусканием
- 4) полиурией

**35. Бактеремический шок, осложняющий острый гнойный пиелонефрит, проявляется:**

- 1) острой задержкой мочи
- 2) гипотермией
- 3) артериальной гипертензией
- 4) выраженной интоксикацией

**1. Стул при холере:**

- 1) водянистый, с примесью зелени
- 2) водянистый, вида «рисового отвара»
- 3) скудный, с примесью слизи и прожилками крови
- 4) обычного характера

**2. К начальным лечебным мероприятиям при холере на догоспитальном этапе относится:**

- 1) регидратация
- 2) промывание желудка
- 3) введение антибиотиков
- 4) введение глюкокортикоидных препаратов

**3. Для внутривенной регидратации при тяжелой форме холеры, сопровождающейся артериальной гипотензией, применяются большие объемы:**

- 1) полиионных кристаллоидных растворов
- 2) 5% раствора глюкозы
- 3) полиглюкина
- 4) 0,9% раствора натрия хлорида

**4. При бубонной форме чумы в отличие от туляремии:**

- 1) кожа над бубоном не изменена
- 2) бубон имеет четкие контуры
- 3) бубон резко болезненный
- 4) бубон не нагнаивается

**5. При подозрении на контакт с больным чумой обработка ротоглотки, носовой полости и глаз в рамках экстренной индивидуальной профилактики медработника проводится:**

- 1) холодной водой
- 2) стрептомицином
- 3) марганцовокислым калием
- 4) новокаином

**6. Обработка ротоглотки, носовой полости и глаз марганцовокислым калием проводится в рамках экстренной индивидуальной профилактики медработника при подозрении на контакт с больным:**

- 1) чумой
- 2) холерой
- 3) туляремией
- 4) контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками

**7. Сыпь при менингококкцемии:**

- 1) характеризуется этапностью высыпания (лицо, туловище, конечности)
- 2) носит геморрагический характер
- 3) имеет правильную округлую форму и возвышается над поверхностью кожи
- 4) сопровождается зудом

**8. Быстро прогрессирующая артериальная гипотензия на фоне менингококковой инфекции наиболее характерна для развития:**

- 1) инфекционно-токсического шока
- 2) острого миокардита
- 3) желудочно-кишечного кровотечения
- 4) инфекционного гиповолемического шока



**9. Этапность высыпания характерна для:**

- 1) кори
- 2) менингококкцемии
- 3) скарлатины
- 4) ветряной оспы

**10. Полиморфная сыпь характерна для:**

- 1) кори
- 2) краснухи
- 3) скарлатины
- 4) ветряной оспы

**11. Для скарлатины характерна сыпь:**

- 1) геморрагическая звездчатая
- 2) крупнопятнистая
- 3) пятнисто-папулезная
- 4) обильная мелкоточечная

**12. Для кори характерна сыпь:**

- 1) геморрагическая звездчатая
- 2) пятнистая
- 3) пятнисто-папулезная со склонностью к слиянию
- 4) обильная мелкоточечная

**13. Отличием локализованной формы дифтерии зева от распространенной и токсической является:**

- 1) наличие «налетов» только на миндалинах
- 2) выраженные признаки общей интоксикации
- 3) боль при глотании
- 4) отек подкожно-жировой клетчатки шеи

**14. Отличием токсической формы дифтерии зева от распространенной формы дифтерии зева является:**

- 1) распространение «налетов» за пределы миндалин
- 2) выраженные признаки общей интоксикации
- 3) боль при глотании
- 4) отек подкожно-жировой клетчатки шеи

**15. Наиболее прогностически неблагоприятным ЭКГ - признаком при дифтерийном миокардите является:**

- 1) синусовая тахикардия
- 2) депрессия сегмента ST
- 3) полная атриовентрикулярная блокада
- 4) удлинение интервала PQ

**16. Боль при дизентерии локализуется преимущественно:**

- 1) по ходу толстого кишечника слева
- 2) по ходу толстого кишечника справа
- 3) в эпигастральной области
- 4) в околопупочной области

**1. Понятие «экспозиция» при острых отравлениях - это время от:**

- 1) приема яда до выздоровления
- 2) приема яда до поступления в стационар
- 3) приема яда до начала лечебных мероприятий
- 4) начала лечебных мероприятий до поступления в стационар

**2. При остром отравлении неизвестным ядом на догоспитальном этапе:**

- 1) внутримышечно вводится унитиол
- 2) внутривенно вводится атропин
- 3) внутривенно вводится налоксон
- 4) универсальный антидот не существует

**3. Зондовое промывание желудка при острых отравлениях на догоспитальном этапе:**

- 1) показано в любых клинических ситуациях
- 2) противопоказано в коме при невозможности интубации трахеи
- 3) противопоказано при химическом ожоге пищевода и желудка
- 4) не показано при неустановленном пути поступления яда

**4. Эффективное промывание желудка взрослому при остром отравлении на догоспитальном этапе требует суммарного введения воды в объеме:**

- 1) 2-5 л
- 2) 6-9 л
- 3) 10-15 л
- 4) 16-20 л

**5. Для промывания желудка через зонд при остром отравлении у взрослого одномоментно вводится вода в объеме:**

- 1) 200 мл
- 2) 400 мл
- 3) 800 мл
- 4) 1600 мл

**6. При отравлении бензодиазепинами в качестве антидота применяется:**

- 1) налоксон
- 2) анексат
- 3) атропин
- 4) прозерин

**7. Депрессия дыхательного центра ствола головного мозга развивается при отравлении:**

- 1) героином
- 2) дихлорэтаном
- 3) фосфорорганическими веществами
- 4) кокаином

**8. При отравлении опиатами, сопровождающемся комой и депрессией дыхания, первоочередным лечебным мероприятием на догоспитальном этапе является:**

- 1) промывание желудка через зонд
- 2) восстановление проходимости дыхательных путей и начало искусственной вентиляции легких
- 3) внутривенное введение налоксона
- 4) внутривенное введение кордиамина

**9. Нарушение сознания, мидриаз, гиперемия кожных покровов, признаки внутрижелудочковой блокады на ЭКГ характерны для отравления:**

- 1) опиатами
- 2) фосфорорганическими веществами
- 3) амитриптилином
- 4) клофелином

**10. При отравлении атропином, беленой и другими антихолинэргическими веществами в качестве антидота на догоспитальном этапе применяется:**

- 1) налоксон
- 2) прозерин
- 3) унитиол
- 4) метиленовый синий

**11. Первоочередным мероприятием при отравлении метанолом на догоспитальном этапе является:**

- 1) промывание желудка
- 2) внутривенное введение гидрокарбоната натрия
- 3) внутримышечное введение унитиола
- 4) введение этилового спирта внутрь

**12. В качестве антидота при отравлении метиловым спиртом применяется:**

- 1) унитиол
- 2) налоксон
- 3) прозерин
- 4) этанол

**13. При отравлениях метиловым спиртом каждые 3 часа внутрь вводится этанол в дозе:**

- 1) 20 мл 5% раствора
- 2) 50 мл 30% раствора
- 3) 200 мл 30% раствора
- 4) 50 мл 70% раствора

**14. В качестве антидота при отравлении этиленгликолем применяется:**

- 1) унитиол
- 2) налоксон
- 3) прозерин
- 4) этанол

**15. Отравление дихлорэтаном проявляется следующим симптомокомплексом:**

- 1) нарушение сознания, ожог пищеварительного тракта, артериальная гипотензия, моча вишневого цвета
- 2) нарушение сознания, повторная рвота, жидкий стул, иктеричность кожи и склер, артериальная гипотензия
- 3) нарушение сознания, миоз, бронхорея, гипергидроз, саливации, миофибрилляции
- 4) нарушение сознания, миоз, брадикардия, вплоть до остановки дыхания

**16. Введение вазелинового масла в желудочный зонд после промывания желудка показано при отравлении:**

- 1) опиатами
- 2) крепкими кислотами или щелочами
- 3) клофелином
- 4) дихлорэтаном

**17. Химический ожог ротоглотки, пищевода и желудка соответствует ожогу:**

- 1) 10% поверхности тела

- 2) 20% поверхности тела
- 3) 30% поверхности тела
- 4) 40% поверхности тела

**18. Болевой синдром характерен для отравления:**

- 1) кислотами и щелочами
- 2) амитриптилином
- 3) опиатами
- 4) барбитуратами

**19. Введение желудочного зонда на догоспитальном этапе при отравлении ядами прижигающего действия:**

- 1) противопоказано в любом случае
- 2) противопоказано в течение первых 2 часов после отравления
- 3) показано после введения анальгетиков и спазмолитиков
- 4) показано только у больных в коме

**20. Для промывания желудка через зонд при отравлении кислотами на догоспитальном этапе применяется:**

- 1) вазелиновое масло
- 2) раствор бикарбоната натрия
- 3) холодная вода
- 4) слабый раствор перманганата калия

**21. Стимуляция рвоты противопоказана при отравлении:**

- 1) барбитуратами
- 2) героином
- 3) уксусной эссенцией
- 4) метиловым спиртом

**22. Паралич дыхательной мускулатуры развивается при отравлении:**

- 1) героином
- 2) дихлорэтаном
- 3) фосфорорганическими веществами
- 4) кокаином

**23. В качестве антидота при отравлении фосфорорганическими веществами на догоспитальном этапе применяется:**

- 1) прозерин
- 2) налоксон
- 3) атропин
- 4) унитиол

**24. В качестве антидота при отравлении угарным газом на догоспитальном этапе применяется:**

- 1) налоксон
- 2) атропин
- 3) ацизол
- 4) прозерин

**25. «Обручеобразная» головная боль, нарушения сознания, инспираторная одышка, рвота, вишневая окраска слизистых оболочек и кожных покровов характерны для ингаляционного отравления:**

- 1) хлором

- 2) угарным газом
- 3) аммиаком
- 4) сероводородом

**26. Обязательным лечебным мероприятием при отравлении угарным газом на догоспитальном этапе является:**

- 1) промывание желудка
- 2) оксигенотерапия 100% кислородом
- 3) внутривенное введение налоксона
- 4) внутримышечное введение унитиола

**27. Развитие токсического отека легких после периода «мнимого» выздоровления характерно для отравления:**

- 1) хлором
- 2) угарным газом
- 3) аммиаком
- 4) сероводородом

**28. Ингаляция кислорода на догоспитальном этапе противопоказана при отравлении:**

- 1) хлором
- 2) угарным газом
- 3) аммиаком
- 4) сероводородом

**29. В качестве антидота при отравлении метгемоглобинообразующими ядами применяется:**

- 1) унитиол
- 2) метиленовый синий
- 3) прозерин
- 4) этанол

**30. В качестве антидота при отравлении мышьяком и соединениями тяжелых металлов применяется:**

- 1) унитиол
- 2) метиленовый синий
- 3) прозерин
- 4) налоксон

## **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ЧЕЛЮСТНОЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, УХА, ГОРЛА И НОСА**

**1. Характерным признаком острого стеноза гортани любого генеза является:**

- 1) наличие повышенной температуры тела
- 2) одышка стридорозного характера
- 3) затруднение глотания
- 4) развитие отека лица и шеи

**2. Догоспитальной тактикой при околочелюстной флегмоне является:**

- 1) назначение антибиотиков, рекомендации обращения в поликлинику
- 2) парентеральное введение первой дозы антибиотика, передать «актив» в поликлинику
- 3) парентеральное введение первой дозы антибиотика, повторный осмотр через 2 часа
- 4) госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии

**3. Рациональной тактикой при прогрессирующем выраженном затруднении дыхания, развивающемся на фоне флегмоны дна полости рта, на догоспитальном этапе является:**

- 1) срочная госпитализация в реанимационное отделение без дополнительных лечебных мероприятий
- 2) ингаляция кислорода через лицевую маску, срочная госпитализация в реанимационное отделение
- 3) применение ларингеальной трубки, госпитализация в реанимационное отделение
- 4) выполнение коникотомии, госпитализация в реанимационное отделение

**4. При наличии инородного тела, расположенного в дыхательных путях ниже голосовых связок, с сохранением спонтанного дыхания и без прогрессирующей асфиксии фельдшер скорой медицинской помощи должен:**

- 1) экстренно госпитализировать пострадавшего в стационар на фоне проведения оксигенотерапии без попыток удаления инородного тела
- 2) выполнить прием Геймлиха перед транспортировкой
- 3) произвести коникотомию перед транспортировкой
- 4) вызвать «на себя» специализированную бригаду

**5. Характерным признаком острого мастоидита, отличающим его от острого отита, является:**

- 1) отсутствие внешних изменений кожи заушной области
- 2) боль в ухе «стреляющего» характера
- 3) болезненность при надавливании на козелок ушной раковины
- 4) болезненность при надавливании на сосцевидный отросток

**6. Характерным признаком повреждения барабанной перепонки является:**

- 1) кровотечение из уха
- 2) головокружение
- 3) тошнота, рвота
- 4) потеря сознания

**7. В объем догоспитальной терапии при кровотечении из уха входит:**

- 1) тампонада слухового прохода сухой стерильной марлевой турундой
- 2) удаление сгустков крови из наружного слухового прохода, наложение асептической повязки
- 3) закапывание в ухо спиртового раствора борной кислоты, наложение асептической повязки
- 4) закапывание в ухо раствора аминокапроновой кислоты, наложение асептической повязки

**8. Рациональная тактика при наличии инородного тела в наружном слуховом проходе на догоспитальном этапе включает:**

- 1) удаление инородного тела пинцетом
- 2) промывание слухового прохода холодной водой с помощью шприца Жане
- 3) промывание слухового прохода теплой водой с помощью шприца Жане
- 4) госпитализацию в оториноларингологическое отделение

**9. Рациональной тактикой фельдшера скорой медицинской помощи при наличии инородного тела в полости носа является:**

- 1) вызов «на себя» специализированной бригады
- 2) попытка удаления инородного тела с помощью тупого крючка, в случае неудачи - госпитализация
- 3) попытка удаления инородного тела путем высмаркивания, в случае неудачи - госпитализация
- 4) попытка протолкнуть инородное тело в носоглотку, в случае неудачи - госпитализация

## **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ГЛАЗ**

### **1. При остром приступе глаукомы фельдшер скорой медицинской помощи должен:**

- 1) незамедлительно транспортировать больного в офтальмологический стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 2) закапать в глаз раствор пилокарпина, ввести анальгетики и мочегонные препараты, срочно госпитализировать больного в офтальмологический стационар
- 3) закапать в глаз раствор атропина, ввести анальгетики и мочегонные препараты, срочно госпитализировать больного в офтальмологический стационар
- 4) закапать в глаз раствор пилокарпина, ввести анальгетики и мочегонные препараты, вызвать «на себя» врачебную бригаду

### **2. При остром приступе глаукомы зрачок пораженного глаза:**

- 1) обычных размеров и формы
- 2) расширен в виде вертикального овала
- 3) сужен
- 4) имеет неправильную форму

### **3. При остром приступе глаукомы внутриглазное давление:**

- 1) не изменено в обоих глазах
- 2) понижено на стороне поражения
- 3) резко повышено на стороне поражения
- 4) резко повышено в обоих глазах

## **НЕОТЛОЖНАЯ АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ**

### **1. Для первого периода родов (период раскрытия) характерно:**

- 1) появление регулярных схваток
- 2) появление потуг
- 3) прорезывание головки плода
- 4) рождение плаценты

### **2. Рациональная догоспитальная тактика при нарушенной внематочной беременности включает:**

- 1) экстренную госпитализацию в гинекологическое отделение стационара без дополнительных лечебных мероприятий
- 2) экстренную госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне поддерживающей инфузионной терапии
- 3) обезболивание, госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне поддерживающей инфузионной терапии
- 4) введение сокращающих матку средств (окситоцин), госпитализацию в гинекологическое отделение стационара на фоне поддерживающей инфузионной терапии

### **3. При потугах в отличие от схваток:**

- 1) уменьшается интенсивность боли
- 2) происходит изолированное сокращение гладкой мускулатуры матки
- 3) присоединяется сокращение поперечно-полосатой мускулатуры тела
- 4) отсутствует напряжение мышц брюшного пресса

### **4.. Рациональная догоспитальная тактика при начавшемся аборте включает:**

- 1) рекомендацию соблюдения постельного режима, «актив» в женскую консультацию
- 2) введение сокращающих матку средств (окситоцин), повторный осмотр через 2 часа
- 3) госпитализацию в гинекологическое отделение стационара

4) введение сокращающих матку средств (окситоцин), госпитализацию в гинекологическое отделение стационара

**5. При появлении у роженицы потуг во время осмотра фельдшер скорой медицинской помощи должен:**

- 1) немедленно транспортировать роженицу в ближайшее лечебное учреждение
- 2) немедленно транспортировать роженицу в акушерский стационар
- 3) рекомендовать ей обратиться в акушерский стационар
- 4) проводить акушерское пособие на месте

**6. При появлении у роженицы потуг во время транспортировки в акушерский стационар фельдшер скорой медицинской помощи должен:**

- 1) немедленно транспортировать роженицу в ближайшее лечебное учреждение
- 2) продолжить транспортировку роженицы в акушерский стационар
- 3) попытаться медикаментозно замедлить родовую деятельность и вызвать «на себя» акушерскую бригаду
- 4) проводить акушерское пособие в салоне остановившегося санитарного транспорта

**7. При подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты фельдшер скорой медицинской помощи должен:**

- 1) рекомендовать беременной обратиться в женскую консультацию
- 2) вызвать «на себя» акушерскую бригаду
- 3) немедленно транспортировать роженицу в ближайшее лечебное учреждение
- 4) незамедлительно доставить беременную в ближайший акушерский стационар

**8. Характерным признаком преэклампсии у беременной с гестозом тяжелой степени является:**

- 1) увеличение массы тела на 1 кг в течение 2 недель
- 2) повышение артериального давления до 180/110 мм рт.ст.
- 3) появление боли в эпигастральной области
- 4) отечность нижних конечностей

**9. Рациональным объемом лечебных мероприятий на догоспитальном этапе у беременных с гестозом тяжелой степени является:**

- 1) внутривенное введение реланиума и магния сульфата, оксигенотерапия, госпитализация в акушерский стационар в положении лежа на носилках
- 2) масочный наркоз закисью азота с кислородом, госпитализация в акушерский стационар в положении лежа на носилках
- 3) незамедлительная транспортировка в акушерский стационар без дополнительных лечебных мероприятий
- 4) масочный наркоз закисью азота с кислородом, вызов «на себя» акушерской бригады

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИИ**

**1. У новорожденного нормальной является частота дыхания:**

- 1) 16 в минуту
- 2) 26 в минуту
- 3) 50 в минуту
- 4) 72 в минуту

**2. У новорожденного нормальной является частота сердечных сокращений:**

- 1) 70 в минуту
- 2) 112 в минуту
- 3) 138 в минуту



4) 170 в минуту

**3. У 3-х месячного ребенка нормальной является частота дыхания:**

- 1) 16 в минуту
- 2) 26 в минуту
- 3) 38 в минуту
- 4) 56 в минуту

**4. У 3-х месячного ребенка нормальной является частота сердечных сокращений:**

- 1) 72 в минуту
- 2) 114 в минуту
- 3) 128 в минуту
- 4) 144 в минуту

**5. У ребенка возрастом 6 месяцев нормальной является частота дыхания:**

- 1) 16 в минуту
- 2) 26 в минуту
- 3) 34 в минуту
- 4) 42 в минуту

**6. У ребенка возрастом 6 месяцев нормальной является частота сердечных сокращений:**

- 1) 86 в минуту
- 2) 110 в минуту
- 3) 124 в минуту
- 4) 136 в минуту

**7. У ребенка возрастом 1 год нормальной является частота дыхания:**

- 1) 16 в минуту
- 2) 24 в минуту
- 3) 30 в минуту
- 4) 36 в минуту

**8. У ребенка возрастом 1 год нормальной является частота сердечных сокращений:**

- 1) 76 в минуту
- 2) 108 в минуту
- 3) 120 в минуту
- 4) 132 в минуту

**9. У ребенка возрастом 2 года нормальной является частота дыхания:**

- 1) 16 в минуту
- 2) 20 в минуту
- 3) 28 в минуту
- 4) 36 в минуту

**10. У ребенка возрастом 2 года нормальной является частота сердечных сокращений:**

- 1) 78 в минуту
- 2) 112 в минуту
- 3) 118 в минуту
- 4) 126 в минуту

**11. У ребенка возрастом 4 года нормальной является частота дыхания:**

- 1) 16 в минуту
- 2) 26 в минуту
- 3) 30 в минуту

4) 36 в минуту

**12. У ребенка возрастом 4 года нормальной является частота сердечных сокращений:**

- 1) 76 в минуту
- 2) 92 в минуту
- 3) 104 в минуту
- 4) 118 в минуту

**13. У ребенка возрастом 6 лет нормальной является частота дыхания:**

- 1) 14 в минуту
- 2) 20 в минуту
- 3) 24 в минуту
- 4) 30 в минуту

**14. У ребенка возрастом 6 лет нормальной является частота сердечных сокращений:**

- 1) 66 в минуту
- 2) 80 в минуту
- 3) 94 в минуту
- 4) 116 в минуту

**15. У ребенка возрастом 8 лет нормальной является частота дыхания:**

- 1) 14 в минуту
- 2) 18 в минуту
- 3) 22 в минуту
- 4) 28 в минуту

**16. У ребенка возрастом 8 лет нормальной является частота сердечных сокращений:**

- 1) 66 в минуту
- 2) 76 в минуту
- 3) 82 в минуту
- 4) 110 в минуту

**17. Измерение артериального давления у детей тонометром с использованием манжетки взрослого размера:**

- 1) не влияет на правильность измерения
- 2) завышает реальный уровень систолического артериального давления
- 3) занижает реальный уровень систолического артериального давления
- 4) завышает реальный уровень диастолического артериального давления

**18. У ребенка возрастом 1 год нормальным является артериальное давление:**

- 1) 70/40 мм рт. ст.
- 2) 90/60 мм рт. ст.
- 3) 120/80 мм рт. ст.
- 4) 140/90 мм рт. ст.

**19. У ребенка возрастом 5 лет нормальным является артериальное давление:**

- 1) 70/40 мм рт. ст.
- 2) 100/65 мм рт. ст.
- 3) 125/45 мм рт. ст.
- 4) 140/80 мм рт. ст.

**20. Разовая доза раствора адреналина у детей при внутривенном введении составляет:**

- 1) 0,01 мг/кг веса
- 2) 0,05 мг/кг веса

- 3) 0,1 мг/кг веса
- 4) 0,2 мг/кг веса

**21. Разовая доза раствора атропина у детей при внутривенном введении составляет:**

- 1) 0,01 мг/кг веса
- 2) 0,02 мг/кг веса
- 3) 0,05 мг/кг веса
- 4) 0,1 мг/кг веса

**22. Разовая доза раствора преднизолона у детей при внутривенном введении составляет:**

- 1) 0,1-0,3 мг/кг веса
- 2) 0,5-0,7 мг/кг веса
- 3) 3-5 мг/кг веса
- 4) 8 мг/кг веса

**23. Разовая доза раствора дексаметазона у детей при внутривенном введении составляет:**

- 1) 0,01-0,05 мг/кг веса
- 2) 0,06-0,1 мг/кг веса
- 3) 0,5-0,6 мг/кг веса
- 4) 1,5-2 мг/кг веса

**24. Разовая доза 2,4% раствора эуфиллина у детей при внутривенном введении составляет:**

- 1) 0,5-1 мг/кг веса
- 2) 2-2,5 мг/кг веса
- 3) 4-5 мг/кг веса
- 4) 8-12 мг/кг веса

**25. Разовая доза 2% раствора супрастина у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:**

- 1) 0,01 мл/год жизни
- 2) 0,05 мл/год жизни
- 3) 0,1 мл/год жизни
- 4) 0,5 мл/год жизни

**26. Разовая доза раствора диазепама (седуксена, реланнума) у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:**

- 1) 0,01 мг/кг веса
- 2) 0,05-0,1 мг/кг веса
- 3) 0,3-0,5 мг/кг веса
- 4) 0,8-1 мг/кг веса

**27. Разовая доза 1% раствора промедола у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:**

- 1) 0,01 мл/кг веса
- 2) 0,05 мл/кг веса
- 3) 0,1 мл/кг веса
- 4) 0,5 мл/кг веса

**28. Разовая доза 50% раствора анальгина у детей при внутримышечном или внутривенном введении составляет:**

- 1) 0,05 мл/год жизни
- 2) 0,1 мл/год жизни

- 3) 0,2 мл/год жизни
- 4) 0,5 мл/год жизни

**29. Разовый объем жидкости для промывания желудка через зонд у новорожденного 1 недели жизни составляет:**

- 1) 5 мл/кг веса
- 2) 10 мл/кг веса
- 3) 20 мл/кг веса
- 4) 40 мл/кг веса

**30. Разовый объем жидкости для промывания желудка через зонд у ребенка 1 месяца составляет:**

- 1) 10 мл/кг веса
- 2) 20 мл/кг веса
- 3) 40 мл/кг веса
- 4) 50 мл/кг веса

**31. Рациональная тактика фельдшера скорой медицинской помощи при возникновении судорог у ребенка включает:**

- 1) незамедлительную госпитализацию без дополнительных лечебных мероприятий
- 2) введение противосудорожных препаратов, при купировании судорог - «актив» в поликлинику
- 3) введение противосудорожных препаратов, обеспечение респираторной поддержки, вызов «на себя» специализированной бригады скорой медицинской помощи
- 4) введение противосудорожных препаратов, обеспечение респираторной поддержки, госпитализацию в стационар

**32. При судорожном синдроме у детей со спазмофилией показано введение:**

- 1) прозерина
- 2) кальция глюконата
- 3) лидокаина
- 4) анальгина

**33. Жаропонижающие препараты у детей с лихорадкой свыше 38°С показаны на догоспитальном этапе:**

- 1) всегда
- 2) только при признаках «бледной лихорадки»
- 3) только при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
- 4) только при сопутствующих заболеваниях сердца

**34. При лихорадке свыше 39°С у детей противопоказано применение:**

- 1) анальгина
- 2) ацетилсалициловой кислоты
- 3) ибупрофена
- 4) парацетамола

**35. Физические методы охлаждения при лихорадке у детей на догоспитальном этапе противопоказаны:**

- 1) всегда
- 2) при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
- 3) при признаках «бледной лихорадки»
- 4) при сопутствующих заболеваниях сердца

**36. Внезапное появление ночью у ребенка 2-х лет лающего кашля, охриплости голоса и стридорозного дыхания характерно для развития:**

- 1) острого бронхита
- 2) приступа бронхиальной астмы
- 3) острого стенозирующего ларинготрахеита
- 4) острого тонзиллита

**37. Диаметр внутреннего просвета коникотомической канюли у ребенка до 10 лет должен быть равен:**

- 1) 1 мм
- 2) 2 мм
- 3) 4 мм
- 4) 6 мм

**38. В отличие от острого стенозирующего ларинготрахеита при бронхообструктивных заболеваниях у детей выявляется:**

- 1) цианоз кожных покровов и слизистых
- 2) осиплость голоса
- 3) экспираторная одышка
- 4) отсутствие хрипов в легких при аускультации

**39. При бронхообструктивных заболеваниях у детей на догоспитальном этапе противопоказано:**

- 1) проведение паровых ингаляций
- 2) введение беродуала через небулайзер
- 3) введение глюкокортикоидных препаратов через небулайзер или внутривенно
- 4) внутривенное введение эуфиллина

**40. Ребенок 2-х лет внезапно закашлялся, посинел, кашель продолжался около 10 минут и больше не возобновлялся. На следующий день кашель появился вновь, при аускультации в легких большое количество сухих хрипов, преимущественно справа.**

**Предварительный диагноз:**

- 1) стеноз гортани
- 2) инородное тело бронхов
- 3) обструктивный бронхит
- 4) острая пневмония