

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
**«ТОМСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК»**
(Томский НИМЦ)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Томского НИМЦ



В.А. Степанов

мая 2022 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ - РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

Специальность:

31.08.02 Анестезиология-реаниматология

Уровень высшего образования:

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Квалификация:

Врач –анестезиолог-реаниматолог

Составители:

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность
1.	Подоксенов Юрий Кириллович	Д.м.н.	Ведущий научный сотрудник отделения сердечно- сосудистой хирургии, профессор учебно- методического отдела НИИ кардиологии
2.	Киселев Валерий Олегович	Д.м.н.	Врач-анестезиолог- реаниматолог, доцент учебно- методического отдела НИИ кардиологии
3.	Шишневa Евгения Васильевна	К.м.н.	Зав. отделением анестезиологии-реанимации, доцент учебно-методического отдела НИИ кардиологии

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании Учебно-методического совета. Протокол № 2 от «12» мая 2022 года.

Секретарь Учебно-методического совета _____  А.Е. Тумашова

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа ординатуры по специальности 31.08.02 Анестезиология-реаниматология обсуждена и одобрена на заседании Ученого совета. Протокол № 5 от «17» мая 2022 года.

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ - РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Раздел учебной дисциплины	Контролируемая компетенция	Виды контроля и аттестации	Оценочные средства
Модуль 1. Анестезиология	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	текущий контроль	Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации. Тестовые задания. Ситуационные (клинические задачи).
Модуль 2. Реаниматология и интенсивная терапия	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	текущий контроль	Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации. Тестовые задания. Ситуационные (клинические задачи).
Модуль 3. Анестезиология в акушерстве и гинекологии	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	текущий контроль	Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации. Тестовые задания. Ситуационные (клинические задачи).
Все модули	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	промежуточная аттестация – зачет с оценкой	Вопросы для текущего контроля и промежуточной аттестации. Тестовые задания. Ситуационные (клинические задачи).

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы для текущего контроля, промежуточной аттестации

1. Схема наркозного аппарата, основные узлы: баллоны для кислорода и закиси азота, редукторы, дозиметры, испарители жидких анестетиков, адсорбер, клапанные устройства, дыхательный мешок и мех аппарата ИВЛ, дыхательные шланги.
2. Дыхательные контуры: открытый, полуоткрытый, полужакрытый, закрытый.
3. Вспомогательный инструментарий: маски, воздуховоды, ларингоскоп, клинки, распылитель местных анестетиков, эндотрахеальные трубки, присоединительные элементы: тройники, адаптеры, коннекторы.
4. Клинико-фармакологическая характеристика ингаляционных анестетиков. Распределение в организме, растворимость в жирах, крови.
5. Виды и методы ингаляционного наркоза. Стадии наркоза: стадия анальгезии по Артузио (3 плана), стадия возбуждения, хирургическая стадия (4 уровня), агональная

стадия.

6. Масочный наркоз: методика проведения, показания и противопоказания, возможные осложнения, их профилактика и лечение. Комбинированный ЭТН с мышечными релаксантами.

7. Клиническое применение мышечных релаксантов, опасности и осложнения, профилактика осложнений и лечение.

8. Неингаляционная анестезия. Классификация видов и методов неингаляционного наркоза: внутривенный, внутримышечный, внутрикостный, прямокишечный и др. методы проведения неингаляционной анестезии различными анестетиками и их сочетаниями.

9. Схемы различных комбинаций ингаляционных и внутривенных анестетиков.

10. Местная анестезия. Виды местной анестезии. Местные анестетики. Техника проведения анестезии: местной, проводниковой, эпидуральной, спинальной.

11. Терминальные состояния.

12. Причины остановки кровообращения.

13. Клинические признаки остановки кровообращения. Диагностика.

14. Виды остановки кровообращения.

15. ЭКГ -признаки остановки кровообращения.

16. Стадии и этапы СЛЦР.

17. Виды нарушения свободной проходимости дыхательных путей.

18. Способы восстановления проходимости дыхательных путей.

19. Трахеостомия. Показания, противопоказания.

20. ИВЛ. Показания. Способы ИВЛ на догоспитальном этапе.

21. Режимы ИВЛ.

22. Терминальные состояния.

23. Причины остановки кровообращения.

24. Клинические признаки остановки кровообращения. Диагностика.

25. Виды остановки кровообращения.

26. ЭКГ -признаки остановки кровообращения.

27. Стадии и этапы СЛЦР.

28. Виды нарушения свободной проходимости дыхательных путей.

29. Способы восстановления проходимости дыхательных путей.

30. Трахеостомия. Показания, противопоказания.

31. ИВЛ. Показания. Способы ИВЛ на догоспитальном этапе.

32. Режимы ИВЛ.

33. Наружный массаж сердца.

34. Способы и виды наружного массажа сердца.

35. Критерии эффективности наружного массажа сердца.

36. Осложнения наружного массажа сердца.

37. Способы повышения эффективности наружного массажа сердца

38. Медикаментозное лечение остановки кровообращения.

39. Способы введения лекарственных веществ при остановки кровообращения

40. Электрическая дефибрилляция сердца. Показания, противопоказания

41. Методика проведения электрической дефибрилляции сердца.

42. Шок. Определение. классификация.

43. Клинические признаки шока.

44. Кардиогенный шок. Классификация Чазова-Ганелина. патогенез;

45. Гиповолемический шок. Классификация, патогенез, стадии

46. Перераспределительный шок. Классификация, патогенез, стадии.

47. Лечение кардиогенного шока (первая помощь.)

48. Лечение геморрагического шока (первая помощь.)

49. Лечение травматического шока (п е р в а я п о м о щ ь)

50. Лечение анафилактического шока (первая помощь)
51. Классификация кровезаменителей. Инфузионно-трансфузионная терапия при кровопотери
52. Классификация ОДН.
53. Механизм патогенеза ОДН.
54. Клиника ОДН.
55. Диагностика ОДН.
56. Методы оксигенотерапии. Опасности. Осложнения.
57. ГБО.
58. Отек лёгких. Лечение на догоспитальном папе.
59. Аспирационный синдром. Профилактика и лечение на догоспитальном этапе.
60. Пневмоторакс. Виды, первая помощь.
61. Инородные тела дыхательных путей. Неотложная помощь.
62. Острые отравления (острая химическая болезнь). Классификация.
63. Диагностика острых отравлений. Основные патологические синдромы.
64. Экзотоксический шок. Диагностика, неотложная помощь.
65. Общие принципы неотложной терапии острых отравлений.
66. Методы детоксикационной терапии (Е.А.Лужников),
67. Коматозные состояния. Классификация.
68. Коматозные состояния. Основные патологические синдромы
69. Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
70. Оценка тяжести коматозного состояния (шкала Глазго-Питсбурга).
71. Общие принципы неотложной терапии коматозных состояний.
72. Боль. Классификация, патофизиология, методы терапии.
73. Стадии острого отравления.
74. Летальный синтез – определение понятия.
75. Методы усиления естественной детоксикации.
76. Факторы, влияющие на тяжесть течения отравлений.
77. Методы искусственной детоксикации.
78. Виды антидотов, примеры их применения.
79. Противопоказания к промыванию желудка.
80. Противопоказания к искусственной экстракорпоральной детоксикации.
81. Особенности промывания желудка у больных в коматозном состоянии.
82. Виды желудочных кровотечений на фоне острых отравлений.
83. Дыхательная недостаточность, на фоне отравлений, особенности интенсивной терапии.
84. Экзотоксический шок. Этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика и особенности интенсивной терапии .
85. Особенности течения и лечения отравлений у детей.
86. Отравления этанолом - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
87. Отравления угарным газом- этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
88. Отравления ФОС - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
89. Отравления медикаментозными препаратами психотропного действия - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
90. Отравления медикаментозными препаратами кардиотоксического действия - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
91. Отравления прижигающими жидкостями - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
92. Почечно-печеночная недостаточность на фоне острых отравлений - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
93. Алгоритм действий при трудной интубации в акушерстве.

94. Анатомо-физиологические особенности беременных женщин в разных периодах гестации.

95. Виды и методы ингаляционного наркоза. Стадии наркоза: стадия анальгезии, стадия возбуждения, хирургическая стадия (4 уровня), агональная стадия.

96. Масочный наркоз: методика проведения, показания и противопоказания, возможные осложнения, их профилактика и лечение. Комбинированный ЭТН с мышечными релаксантами.

97. Клиническое применение ингаляционных и неингаляционных анестетиков, мышечных релаксантов у беременных, показания и противопоказания, опасности и осложнения, профилактика осложнений и лечение.

98. Акушерские кровотечения, особенности проведения инфузионно-трансфузионной терапии в зависимости от объема и темпов кровопотери.

99. Схемы гепаринопрофилактики во время беременности, во время родоразрешения и в послеродовом периоде.

100. Местная анестезия. Виды местной анестезии. Местные анестетики. Техника проведения анестезии для обезболивания родов и при оперативном родоразрешении.

Ситуационные задачи:

1. Женщина в возрасте 55 лет с кишечной непроходимостью поступила в клинику для операции резекции участка тонкого кишечника. Из сопутствующей патологии у неё были лёгкая форма гипертонической болезни и патологическое ожирение. Во время вводного наркоза на фоне вдыхания 100% кислорода у неё развилась выраженная гипоксемия.

- 1) Каковы основные причины развития гипоксемии у данной больной?
- 2) Ваши действия в данной ситуации?

2. Мужчина в возрасте 72 лет, в анамнезе у которого есть указание на гипертоническую болезнь и подагру, был госпитализирован для операции передней резекции бронха. Несмотря на отсутствие в анамнезе лёгочных заболеваний, перед операцией у него определялись скудные хрипы на выдохе. При дыхании в обычных условиях рН крови составил 7,38, PaO₂ - 81 мм рт.ст., а PaCO₂ - 42 мм рт.ст. После вводного наркоза хрипы усилились, в процессе операции они исчезли, но в послеоперационном периоде на фоне продолжающейся ИВЛ у больного развилась гипертензия, наступило состояние возбуждения, появились нарушения сердечного ритма.

- 1) Какое патологическое состояние развилось у данного больного?
- 2) Ваши действия в данной ситуации?

3. Ребёнок в возрасте 1 года с массой тела 9 кг был направлен на бронхоскопию по поводу аспирированного им инородного тела. Признаки дыхательной недостаточности отсутствовали, но прослушивались выраженные шумы на вдохе и выдохе. Частота дыхания составила 40 в мин., температура тела была в пределах нормы. При перкуссии грудной клетки отмечался коробочный оттенок звука над левым лёгким, на рентгенограмме грудной клетки - перераздутие левого лёгкого со смещением средостения вправо.

- 1) Какова оптимальная анестезия для такого ребёнка?
- 2) Каковы основные проблемы при анестезии и извлечении инородного тела через бронхоскоп?

4. Мужчина в возрасте 61 года направлен на операцию лобэктомии по поводу опухоли верхней доли левого лёгкого. В его анамнезе есть указание на длительное курение, кашель с мокротой и сниженную переносимость физических нагрузок. При физикальном обследовании выявлены гепатоюгулярный рефлюкс и периферические отёки. Вводный наркоз прошёл гладко, для обеспечения дальнейшей анестезии и вентиляции была введена двухпросветная трубка. Однако после её закрепления независимую вентиляцию провести не удалось.

- 1) Каковы причины невозможности проведения однолѳгочной вентиляции у данного пациента?
- 2) Что служит показанием к применению двухсветной интубационной трубки?

5. Мужчина в возрасте 86 лет был госпитализирован по поводу опухоли нижней доли левого лѳгкого. Планировалось произвести ему бронхоскопию и сразу же после неё - лобэктомию. Бронхоскопия жѳстким бронхоскопом под общим наркозом прошла без осложнений, больного положили на правый бок и приступили к операции лобэктомии. Через 25 мин после разреза кожи перестало определяться артериальное давление.

- 1) Что за состояние развилось у данного больного?
- 2) Ваши действия в этой ситуации?

6. Больной 37 лет поступил в клинику по поводу левосторонней очаговой пневмонии. Назначена антибактериальная терапия антибиотиками пенициллинового ряда. Через 15 минут после повторного внутримышечного введения антибиотика больной пожаловался на головную боль, тошноту. Находится в палате терапевтического отделения. В сознании, на вопросы отвечает односложно. Кожные покровы гиперемированы, видимые слизистые цианотичны. Экспираторная одышка 38 дыханий в мин., свистящие хрипы, слышимые на расстоянии. АД – 70 и 30 мм рт.ст., пульс слабого наполнения 98 в минуту. Аускультативно в легких свистящие хрипы над всей поверхностью обеих легких.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какие ведущие синдромы можно выделить?
- 3) В чем будет заключаться неотложная помощь, какой препарат должен быть введен в первую очередь?

7. Больной переведен в палату интенсивной терапии из операционной, где ему проводилась операция по поводу травматического разрыва селезенки, осложнившейся массивной кровопотерей. Возраст 42 года, масса тела 75 кг. Во время операции инфузия составила 6500 мл, из которых 2100 мл – эритроцитарная масса. В сознании, жалуется на слабость, парестезии, онемение конечностей, мышечные подергивания, АД 90 и 60 мм рт.ст., пульс 48 в 1 мин, аритмичен; ЦВД = 8 см вод.ст. Диурез составил 60 мл за 2 часа. В анализе крови: Эр – $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 100 г/л, Ht = 0,38; общий белок = 60 г/л, альбумины = 25 г/л, глобулины = 35 г/л. глюкоза крови – 5,4 ммоль/л; концентрация Na^+ = 142 ммоль/л; K^+ = 7,5 ммоль/л; Cl^- = 104 ммоль/л. Концентрация креатинина в плазме 0,6 ммоль/л. В анализе мочи: у.в.=1004, реакция слабо кислая, определяются гиалиновые и гемоглобиновые цилиндры, концентрация креатинина = 0,4 ммоль/л

- 1) Ваш предварительный диагноз, в чем причина брадикардии и аритмии?
- 2) Какие ведущие синдромы можно выделить?
- 3) В чем заключается неотложная помощь и лечение данной патологии?

8. Мужчина в возрасте 63 лет был направлен на операцию удаления правой доли печени по поводу развития в ней метастазов рака кишечника. Общее состояние больного было удовлетворительным, несмотря на перенесѳнную за 8 мес. ранее операцию поперечной колонэктомии. Анестезия и гемостаз при этом прошли без каких-либо осложнений. При операции удаления доли печени обезболивание осуществлялось закисью азота с кислородом, суфентанилом, энфлюраном, панкуронием. В течение первого часа анестезия проходила без осложнений, а затем началось массивное кровотечение.

- 1) В чём состоит оптимальное лечение при кровотечении?
- 2) Что относят к обычным осложнениям массивной гемотрансфузии?

9. Женщина в возрасте 19 лет из негроидной популяции была направлена на операцию резекции правого тазобедренного сустава по поводу остеогенной саркомы. В анамнезе имеются указания на серповидно-клеточную анемию, протекавшую с

периодическими кризами. Перед операцией уровень гемоглобина у неё составлял 90 г/л, а гематокрита - 27%.

1) Каковы методы подготовки к наркозу и операции больного с серповидно-клеточной анемией?

2) В чём состоит анестезиологическое обеспечение больных с серповидно-клеточной анемией.

10 Мужчина в возрасте 79 лет был направлен на операцию трансуретральной резекции предстательной железы по поводу её гипертрофии. За 6 лет до операции он перенёс инфаркт миокарда, после выздоровления не ощущал боли за грудиной и сердцебиений. Принимает дигоксин в поддерживающих дозах (0,25 мг/сут). В анамнезе есть указание на аллергию к новокаину. При физикальном обследовании было обнаружено сглаживание поясничного лордоза с ограничением сгибательных и разгибательных движений позвоночника.

1) Какой вид анестезии наиболее показан данному больному?

2) Каковы противопоказания к спинальной анестезии?

11. Больной А. доставлен попутным транспортом. Обнаружен в бессознательном состоянии на территории гаража. Анамнез неизвестен. При осмотре: кожные покровы с синюшным оттенком. Правая рука в объеме больше левой, на всем ее протяжении определяется плотная инфильтрация и отек подкожной клетчатки, участками эритема и кровоподтеки. Дыхание шумное, редкое, ЧДД 13 в мин. Периодически клонико-тонические судороги. Глазные яблоки напряжены, склеры инъецированы, зрачки широкие, равные. Ригидность затылочных мышц. Симптом Бабинского с обеих сторон. Дыхание с участием вспомогательных мышц, в легких везикулярное, ослабленное, в нижних отделах с обеих сторон влажные хрипы. Тоны сердца глухие, экстрасистолия. АД 80/50 мм рт.ст., живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. За 12 часов наблюдения мочи не было.

1) Предположительный диагноз?

2) Какова будет ваша диагностическая и лечебная тактика?

12. Больная В., 48 лет, доставлена в приемный покой с работы. Со слов очевидцев, больная стояла в очереди за деньгами, жаловалась на головную боль, слабость. Говорила, что накануне рано закрыла печную трубу. Больная внезапно упала, появились судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы лица гиперемированы, паралич зрения. Зрачки обычных размеров, равные. Справа повышены коленный и ахиллов рефлексы, положительный рефлекс Бабинского. Ригидность затылочных мышц. Дыхание шумное, при аускультации везикулярное, жесткое, единичные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 56 в мин. АД 140/100 мм рт.ст. Живот вздут. Печень у края реберной дуги. В крови: сахар 3,7 ммоль/л, креатинин 0,45 ммоль/л

1) Предположительный диагноз?

2) Какова будет ваша диагностическая и лечебная тактика?

13. В автомобильной аварии водитель получил травму. На вопросы отвечает односложно, жалуется на боль в груди, чувство нехватки воздуха. Кожные покровы бледные с синюшным оттенком, на груди и шее при пальпации определяется крепитация. Дыхание поверхностное, ЧДД 36 в мин. При аускультации: слева дыхательные шумы проводятся во все отделы, справа - резко ослаблены. АД 90 и 70 мм рт. ст., тахикардия с ЧСС 130 в мин. SaO₂ - 82%. Состояние больного быстро ухудшается.

1) Ваш предварительный диагноз?

2) С какой патологией следует дифференцировать?

3) Какие ведущие синдромы можно выделить?

4) В чем будет заключаться неотложная помощь. Какие мероприятия должны быть проведены в стационаре?

14 Больной находится в палате терапевтического отделения. Поступил с диагнозом: сахарный диабет, 1 тип, тяжелая форма. Лежит на кровати с закрытыми глазами. Правильного телосложения, повышенного питания, масса тела 95 кг. На вопросы не отвечает, глаза не открывает. При сильном давлении на ногтевое ложе появляется недовольная гримаса. Кожные покровы бледные, сухие, акроцианоз. Пульс ритмичный 110 в 1 мин., АД – 80 и 60 мм рт.ст.; ЦВД = 2 см. вод.ст. Дыхание шумное, типа Куссмауля, ЧДД 28 в 1 мин. В течение суток выделено 250 мл мочи. Анализ крови: Эр – $3,7 \cdot 10^{12}/л$; Hb-150 г/л; Ht – 0,60; глюкоза крови – 17,5 ммоль/л; билирубин общий – 12,3 ммоль/л; Na⁺ – 155 ммоль/л; K⁺ – 6,5 ммоль/л; PaO₂ - 85 мм рт. ст.; PaCO₂ – 26 мм рт.ст.; pH артериальной крови – 7, 25; BE – (-16 ммоль/л). Анализ мочи: у.в.=1020, реакция – кислая, единичные гиалиновые цилиндры.

1) Определите вид нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния.

2) Какие ведущие синдромы можно выделить?

3) Как корригировать имеющиеся нарушения гомеостаза.

15. Больной 36 лет поступил в стационар с диагнозом: язвенная болезнь желудка, осложненная стенозом привратника. Состояние средней степени тяжести. В сознании, жалобы на слабость, частую рвоту, жажду. Масса тела 55 кг, рост 173 см. Кожные покровы бледные, сухие. ЧДД – 14 в мин. АД – 90 и 70 мм рт.ст.; пульс слабого наполнения 96 в мин. ЦВД = 1 см вод.ст. Температура тела – 36,8 о С. В течение суток диурез составил 900 мл. По желудочному зонду в течение суток выделилось 1000 мл.; Анализ крови: Эр – $4,8 \cdot 10^{12}/л$; Hb-155 г/л; Ht = 0,55; электролиты: Na⁺ = 135 ммоль/л; K⁺ = 3,15 ммоль/л; Cl⁻ = 85 ммоль/л; общий белок = 65 г/л, альбумины = 30 г/л, глобулины= 35 г/л. глюкоза крови – 4.4 ммоль/л; мочевины – 8,4 ммоль/л; pH артериальной крови – 7, 55; BE = +8,0 ммоль/л; PaO₂ = 86 мм рт. ст.; PaCO₂ = 50 мм рт.ст.; Анализ мочи: у.в. 1012, реакция мочи щелочная.

1) Оцените газовый состав и кислотно-основное состояние крови.

2) Какие ведущие синдромы можно выделить?

3) Как корригировать имеющиеся нарушения гомеостаза.

16. В приемный покой обратилась беременная женщина 19 лет. Жалобы: на головную боль, мелькание мушек перед глазами, боль в эпигастральной области, была однократная рвота. Анамнез: беременность первая, состоит на учете в женской консультации, беременность 34 недели. Две недели назад было обнаружено повышение АД до 140 \ 90, 145\95 мм. рт. ст., от госпитализации в ОПБ беременная отказалась. Объективно: кожные покровы бледные, лицо одутловато. АД –160/100, 170/110 мм. рт. ст., на ногах отеки.

1) Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2) Составьте алгоритм действий оказания помощи.

17. Поступил вызов к беременной женщине 22 лет, срок беременности 38 недель. Жалобы на головную боль, ухудшение зрения. При обследовании у беременной появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица и рук, затем присоединились тонические и клонические судороги, дыхание остановилось, появился цианоз лица, изо рта появилась пена, окрашенная кровью. АД 170/110, 175/110 мм рт. ст., приступ продолжался 1,5 минут.

1) Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2) Составьте алгоритм действий по оказанию помощи.

18. Женщина 20 лет. Жалобы: на постоянную боль в животе, больше справа, была однократная рвота. Анамнез: заболела накануне, вечером, появилась ноющая боль в правой подвздошной области, утром боли усилились, присоединились тошнота и рвота. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 37,8, АД 120\80 мм. рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, язык сухой, обложен серым налетом. Живот увеличен за счет беременности срок беременности 28 недель, при пальпации правой подвздошной области

отмечаются напряжение мышц брюшной стенки и резкая болезненность. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный.

- 1) Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Составьте алгоритм действий по оказанию неотложной помощи.

19. Женщина 27 лет. Жалобы: на тянущие боли внизу живота. Анамнез: беременность третья, желанная, состоит на учете в женской консультации. Две первые беременности закончились искусственными абортами. Последняя менструация три месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 80 ударов в минуту АД 120\80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Кровянистые выделения из половых путей отсутствуют.

- 1) Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Составьте алгоритм действий по оказанию помощи. с целью сохранения беременности.

20. Обращение в поликлинику. Женщине 26 лет. Жалобы на маточное кровотечение и схваткообразные боли в животе. Анамнез: беременность четвертая, первая закончилась родами, две последние медицинскими абортами. Последняя менструация была три месяца назад. Беременная состоит на учете. В течение последних 2 -3 дней появились ноющие боли внизу живота, которые час назад приняли схваткообразный характер. Появилось кровотечение. Объективно: беременная бледная, пульс 90 уд/мин., АД 100\60 мм рт. ст. Живот болезнен при пальпации. На подкладной кровь.

- 1) Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Составьте алгоритм действий по оказанию помощи.

21. Беременная женщина, в возрасте 30 лет. Жалобы: на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей. Анамнез: беременность первая, желанная, протекала нормально, срок беременности 14 недель. Десять дней назад перенесла грипп. В течение последних двух дней появились тянущие боли внизу живота, в последние 6 часов боли усилились, возникло кровотечение. Со слов женщины родился плод. Объективно: состояние средней тяжести, кожа и слизистые бледные, пульс 90 ударов в мин, АД 100\60 мм. рт. ст. Из половых путей наблюдается сильное кровотечение.

- 1) Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Составьте алгоритм действий по оказанию помощи.

22. Поступил вызов к беременной женщине 20 лет, срок беременности 35 недель. Жалобы: на постоянные боли внизу живота, незначительные кровянистые выделения из половых путей. Анамнез: данная беременность первая, протекала нормально, но в последние две недели появились отеки и повысилось АД до 140/90 и 145/90 мм. рт. ст.

Объективно: кожные покровы бледные, АД 140/90 и 150/95 мм рт. ст. пульс 90 ударов

мин., тонус матки повышен, сердцебиение плода глухое, 120 ударов в мин., на ногах

отеки, из половых путей незначительные кровянистые выделения темного цвета со сгустками. При транспортировке в акушерский стационар состояние беременной ухудшилось, АД 100/60 мм. рт. ст., пульс 100 ударов в мин., появилось: головокружение, холодный липкий пот, бледность кожных покровов, шум в ушах.

- 1) Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Составьте алгоритм действий при оказании помощи.

23. В поликлинику обратилась женщина 40 лет. Жалобы: на схваткообразные боли в животе и пояснице, боли начались 6 часов назад. Объективно: Матка приходит в тонус через 3-5 минут, ВДМ – 36 см. Матка напряжена, не расслабляется в паузе, нижний сегмент перерастян, болезненный при пальпации, контракционное кольцо на уровне пупка, роженица беспокойная. Во время обследования внезапно появилась очень сильная

боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот, после этого родовая деятельность прекратилась, появилось головокружение, слабость, АД 100/60 мм рт. ст. При аускультации сердцебиение плода не выслушивается, при пальпации через брюшную стенку живота определяются части плода.

- 1) Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Составьте алгоритм действий оказания неотложной помощи.

24. Обратилась женщина в возрасте 20 лет, выписанной из родильного дома 5 дней назад. Жалобы на повышение температуры до 39 градусов в вечернее время с ознобом, боль в правой молочной железе. Анамнез: болеет шестой день, вначале появились трещины на сосках, затем боль в области молочной железы и повышение температуры. Объективно: температура 39,2, правая молочная железа увеличена, напряжена горячая на ощупь. Кожа в верхнем наружном квадранте отечная, гиперемизованная, при пальпации определяется плотный инфильтрат с размягчением в центре. Подмышечные лимфоузлы справа увеличенные, болезненные при пальпации.

- 1) Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
- 2) Составьте алгоритм действий оказания помощи.

25. Поступил вызов к беременной Е.М. 20 лет. Срок беременности 39-40 недель. Жалобы: на схваткообразные боли в животе, начавшиеся 6 часов назад. Анамнез: беременность первая, протекала без осложнений. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 64 кг. АД 120/80 мм рт. ст. Живот овоидной формы, окружность живота 100 см., высота стояния дна матки 34 см. В правой боковой стороне матки пальпируется гладкая, широкая поверхность плода, в левой - мелкие подвижные бугорки. Над входом в малый таз прощупывается крупная, плотная, ballotирующая часть плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин., справа ниже пупка.

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Определите положение, позицию, предлежащую часть плода и перечислите клинические данные, подтверждающие ваше заключение.
- 3) Перечислите факторы, способствующие раскрытию шейки матки. Назовите различия в механизме сглаживания и раскрытия шейки матки у первородящей и повторнородящей.

- 4) Определите допустимую кровопотерю, предполагаемую массу плода.

26. Женщина 28 лет. Жалобы: на слабость, головокружение и сильные боли внизу живота, которые возникли внезапно, боли иррадиируют во влагалище и прямую кишку. Анамнез: считает себя беременной, последняя менструация пять недель назад.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, АД 90/55 мм рт. ст. Пульс 100

ударов в минуту, живот резко болезненный, симптом Щеткина – Блюмберга положительный. При попытке встать с кушетки женщина потеряла сознание.

- 1) Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- 2) Составьте алгоритм действия и обоснуйте каждый этап.

27. Вызов к женщине 27 лет. Жалобы: схваткообразные боли внизу живота, темные кровянистые выделения из половых путей, отсутствие менструации в течение 5 недель. Анамнез: Менструации с 13 лет без особенностей. Замужем. Были одни роды и три медицинских аборта. Перенесенные заболевания - воспаление придатков матки.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, АД - 100/60 мм.рт. ст., пульс 100 уд/мин. Живот вздут, в нижних отделах симптом Щеткина Блюмберга положительный.

- 1) Сформулируйте предположительный диагноз
- 2.) Составьте алгоритм действий.

28. Вызов к женщине 42 лет. Жалобы: на сильные, постоянные боли в животе, которые возникли после физического напряжения, продолжаются в течение 4 часов. Анамнез: менструальная функция без особенностей, было двое родов, 2 мед. аборта. В

течение последних 7 лет жизни при регулярной половой жизни и без применения контрацептивов беременность не наступает. Объективно: состояние средней тяжести, положение вынужденное, 110/70мм.рт.ст., пульс 90 уд/мин. Сердце и легкие без особенностей. Живот слегка вздут, напряжен, не участвует в акте дыхания, при пальпации резкая болезненность, особенно в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. В правой подвздошной области определяется опухолевидное образование размером с куриное яйцо, малоподвижное, резко болезненное.

1) Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.

2) Составьте алгоритм действий

29. Женщина 32 лет. Жалобы - на слабость и острые боли внизу живота, которые более выражены слева. Боли возникли внезапно час назад. Анамнез - больная состоит на диспансерном учете по поводу хронического воспаления придатков матки. Последняя менструация была две недели назад. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожа бледная. АД 95/60 мм рт.ст. Пульс 98 уд./мин. Живот мягкий, резко болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина – Блюмберга положительный.

1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2) Составьте алгоритм действий.

Тестовые задания

Модуль 1. Анестезиология

1. Общую анестезию называют смешанной, если

один анестетик вводят одновременно различными путями
последовательно сменяют один анестетик другим
одновременно вводят несколько анестетиков
анестетики смешивают в емкости до начала общей анестезии

2. Причиной медленной элиминации анестетика является

хорошая растворимость в крови
хорошая растворимость в жирах
высокая температура кипения
угнетающее влияние анестетика на функцию выделительных органов

3. Повышение тонуса блуждающего нерва наблюдается при действии

эфира
барбитуратов
фторотана
закиси азота

4. Эфир вызывает

нарушение проводимости сердца
раздражение слизистой оболочки дыхательных путей
гипергликемию
метаболический алкалоз

5. Укажите преимущества фторотана

не повышает чувствительности сердца к адреналину
не взрывоопасен
не выражена стадия возбуждения
мощный анестетик

6. При анестезии трихлорэтиленом недопустимо

использование адсорбера
введение мышечных релаксантов
введение адреналина
применение открытого контура

7. Наибольшая релаксация истощенных мышц при III₂ стадии анестезии наблюдается при действии

фторотана
эфира
трилена
закиси азота

8. Укажите преимущества масочного наркоза

простота присоединения аппарата к больному
идеальные условия для ИВЛ
предупреждает асфиксию вследствие западения языка
предупреждает аспирацию рвотных масс

9. Адсорбер в наркозном аппарате необходим для

регенерации кислорода
поглощения влаги
поглощения CO₂
подогрева газонаркотической смеси

10. Какой использован дыхательный контур, если больной вдыхает из баллонов, а выдыхает в атмосферу

открытый
полуоткрытый
полузакрытый
закрытый

11. Преимущества внутривенной общей анестезии

не требуется сложная аппаратура
отсутствует стадия возбуждения
быстрое введение в наркоз
все верно

12. Увеличения альвеолярной вентиляции при передозировке барбитуратов можно достигнуть введением

промедола
эфедрина
бемегрида
налорфина

13. Дроперидол

антипсихотик/ нейролептик
м-холиномиметик
н-холиномиметик
м-холинолитик

14. Натрия оксибутират является

препаратом с сильным анальгезирующим и слабым анестетическим действием
препаратом со слабым анальгезирующим и умеренным анестетическим действием
адреноблокатором
м-холиномиметиком

15. Больной с очень лабильной психикой перед операцией находится в состоянии резкого эмоционального напряжения с преобладанием чувства страха. Какому препарату вы отдадите предпочтение в качестве средства для премедикации?

промедолу
дроверидолу
морфину
диазепам

16. Почему резиновые детали наркозного аппарата имеют черный цвет?

черный цвет в сочетании с хромированными деталями аппарата более эстетичен
на черном фоне лучше видны следы загрязнений
в резину добавлен уголь в качестве антистатика
в резину добавлено специальное вещество, предохраняющее ее от разрушения при стерилизации

17. У больного в процессе операции, выполняемой под масочным наркозом, резко расширились зрачки при сохранении их реакции на свет и повышенном слезотечении. Какова наиболее вероятная причина расширения зрачков?

передозировка наркотического вещества
слишком поверхностный наркоз
фибрилляция миокарда
рефлекторная остановка сердца

18. Какой препарат из числа перечисленных обладает наименьшими токсическими свойствами по отношению к жизненно важным органам человека?

закись азота
циклопропан
эфир
фторотан

19. Какой из ниже перечисленных препаратов обладает наибольшей гепатотоксичностью?

эфир
фторотан
закись азота
циклопропан

20. Какова предельно допустимая концентрация закись азота в смеси с кислородом при проведении наркоза средней продолжительности?

20%
40%
80%
95%

21. Каким из ниже перечисленных наркотических веществ можно пользоваться в пожароопасной обстановке?

эфиром
циклопропаном
хлорэтилом
фторотаном

22. Какое из ниже перечисленных наркотических веществ обладает наибольшей наркотической силой?

эфир
фторотан
закись, азота
метоксифлуран

23. Какое сочетание веществ чаще всего используется в анестезиологической практике под названием «азеотропная смесь»?

закись азота, циклопропан и кислород
дроперидол и фентанил
фторотан и пентран
фторотан и эфир

24. Сочетание каких веществ именуется как смесь Шейна - Ашмана

закись азота, циклопропан и кислород
дроперидол и фентанил
фторотан и эфир
фторотан и закись азота

25. Для какого из веществ, используемых при внутривенном наркозе, характерно повышение артериального давления в процессе обезболивания?

пропанидида (эпонтала, сомбревина)
гексенала

кеамина
оксибутирата натрия

26. Для действия какого наркотического препарата наиболее характерна депрессия дыхания?

виадрила
гексенала
седуксена
оксибутирата натрия

27. Предстоит вскрытие поверхностно расположенного абсцесса. Какому препарату для наркоза вы отдадите предпочтение?

оксибутирату натрия
пропофол
кетамин
диазепам

28. Какова максимально допустимая общая доза тиопентал-натрия в наркозе?

100 м г
200 м г
1000 м г
3000 м г

29. Больному на фоне уже имеющейся гипоксии ввели гексенал, что вызвало резкое угнетение дыхания. Что бы вы предприняли в срочном порядке?

срочно ввел бемеград
приступил к управляемому или вспомогательному дыханию
ввел прозерин
ввел цититон

30. Сочетание каких препаратов в одном шприце недопустимо?

тиопентал-натрия и аскорбиновой кислоты
сомбревина и хлористого кальция
коргликона и физраствора
дроперидола и фентанила

31. Применение какого сочетания препаратов рассматривается как нейролептанальгезия (НЛА)?

дроперидола и фентанила
промедола и атропина
пипольфена и промедола
листенона и тубокурарина

32. Что такое таламонал?

смесь закиси азота, циклопропана и кислорода
смесь дроперидола и фентанила

смесь фторотана и эфира
смесь фторотана и пентрана

33. При какой комбинации препаратов из числа перечисленных метод обезболивания можно назвать атаралгией?

седуксен и фентанил
дроперидол и фентанил
атропин и промедол
виадрил и оксибутират натрия

34. Какой из препаратов, используемых для внутривенного наркоза, может вызвать тромбофлебит в месте введения?

виадрил
гексенал
тиопентал-натрий
оксибутират натрия

35. Какой вене вы отдадите предпочтение при введении виадрила?

вене кисти
вене предплечья
передней лодыжечной вене
подключичной вене

36. По распоряжению анестезиолога сестра-анестезистка ввела больному миорелаксант. Расслабление; мышц в ответ на введение препарата наступило постепенно, без предшествующих фибриллярных сокращений. Какой препарат из числа ниже перечисленных ввела сестра?

миорелаксин
тубарин
дитилин
листенон

37. В процессе введения больного в наркоз (планировалось общее обезболивание с управляемым дыханием) на определенном этапе у него начались фибриллярные подергивания вначале мимической мускулатуры лица, затем мышц туловища, верхних и нижних конечностей. В ответ на действие, какого препарата развились данные проявления мышечной активности?

гексенала
дитилина
тубокурарина
виадрила

38. Введение деполяризующих релаксантов, как известно, сопровождается мышечной фибрилляцией, обуславливающей в последующем мышечные боли. Что рекомендуется предварительно вводить больному в целях предупреждения появления таких болей?

атропин
прозерин
тубарин в небольшой дозе
бемеград в небольшой дозе

39. При применении какого из ниже перечисленных релаксантов следует снижать каждую очередную дозу на 1/3 в сравнении с предшествующей?

дитилина
листенона
миорелаксина
тубарина

40. Антидотом какого из перечисленных релаксантов является прозерин?

дитилина
миорелаксина
листенона
тубарина

41. Возникла необходимость в проведении наркоза с использованием мышечных релаксантов у больного с сопутствующим заболеванием - глаукомой. Какому релаксанту из числа ниже перечисленных вы отдадите предпочтение?

листенону
миорелаксину
тубарину
дитилину

42. В ближайшем постнаркозном периоде у больного развилось осложнение, именуемое «синдромом Мендельсона». Какова сущность этого осложнения?

рефлекторная остановка сердца
острый экссудативный пневмонит
бронхоспазм
гипертензия вследствие гиперкапнии

43. В процессе наркоза и управляемого дыхания по полужакрытому контуру из-за механической погрешности, допущенной при эксплуатации наркозного аппарата, у больного появились прогрессивно нарастающая гипертензия и тахикардия, сменившиеся брадикардией и катастрофическим падением кровяного давления. Обращено внимание на повышенную влажность кожи. Какая ошибка, вероятнее всего, допущена анестезиологом?

не открыт кислородный дозиметр
не включен абсорбер
наступил перегиб гофрированного шланга
произошла разгерметизация аппарата

44. Больной вдыхает газонаркотическую смесь из аппарата, а выдыхает частично в аппарат, частично в атмосферу. Какой осуществляется контур дыхания?

открытый

полуоткрытый
закрытый
полузакрытый

45. При какой системе дыхания газонаркотическая смесь дважды в течение дыхательного цикла проходит через абсорбер?

открытой
полуоткрытой
циркуляционной
маятниковой

46. Взвесив баллон с закисью азота и вычтя из полученной цифры вес тары, врач нашел, что он располагает двумя килограммами жидкой закиси азота. На сколько времени хватит данного количества закиси азота при расходе ее, равном 4 л/мин?

на 10 минут
на 2 часа
на 4-5 часов
более чем на 10 часов

47. Во сколько раз примерно снизится давление в баллоне со сжиженной закисью азота, если ее количество уменьшится в два раза?

ровно в 2 раза
более чем в 2 раза
менее чем в 2 раза
не изменится вовсе

48. Врач-анестезиолог ввел 2,5% раствор тримекаина в пространство между твердой мозговой оболочкой спинного мозга и внутренней поверхностью спинномозгового канала. Какая выполнена анестезия?

спинальная
паравerteбральная
перидуральная
стволовая

49. При проведении какой анестезии создается больше предпосылок для нарушения деятельности сосудодвигательного и дыхательного центров?

паравerteбральной
спинальной
перидуральной
проводниковой

50. При попытке выполнить определенный вид анестезии анестезиолог ввел пробную дозу раствора тримекаина в один из поясничных сегментов. Через 3 минуты наступило достаточно глубокое обезболивание нижних конечностей и обширной зоны нижней части туловища. Активные движения пальцами ног стали невозможным. Какая, вероятнее всего, выполнена анестезия?

перидуральная
спинальная
паравертебральная
проводниковая

51. У больных с исходной гиповолемией анестетиком выбора является

барбитураты
фторотан
кетамин
сомбревин

52. Продолжительность действия терапевтической дозы фентанила составляет

20-30 мин
45-60 мин
1-2 часа
2-4 часа

53. Наркоз наиболее управляем, если анестетик вводится

внутривенным путем
ректальным путем
ингаляционным путем
внутримышечным путем

54. При передозировке эфира не отмечается

снижение АД
расширение зрачков
цианоз
повышение мышечного тонуса

55. Новокаин относится к производным

эфиров
аминов
амидов
эстеров

56. Лидокаин относится к производным

эфиров
аминов
амидов
эстеров

57. Оптимальным методом обезболивания при вскрытии панариция является

масочный наркоз фторотаном
в/в кетаминовый наркоз
в/в наркоз гексеналом

местная анестезия по Оберсту-Лукашевичу

58. Отпустить амбулаторного больного после проведения манипуляций под наркозом можно

- сразу после пробуждения
- после полного выхода из наркозной депрессии
- через 30 мин после пробуждения
- через 1 час после пробуждения

59. Липому небольших размеров, находящуюся на спине, лучше удалять под

- местной инфильтрационной анестезией
- кетаминным наркозом
- барбитуровым наркозом
- масочным фторотановым наркозом

60. Чем обусловлен операционно-анестезиологический риск

- исходным состоянием больного
- длительностью и травматичностью операции
- видом анестезии
- все указанное верно

Модуль 2. Реаниматология и интенсивная терапия

Раздел 1. Общая реаниматология

1. В какой из перечисленных ситуаций прогноз реанимации является наиболее благоприятным

- первичная остановка кровообращения
- первичная остановка дыхания
- первичное поражение центральной нервной системы
- вторичная остановка кровообращения

2. Реанимация с полным восстановлением функций центральной нервной системы наиболее вероятна при длительности клинической смерти

- 3 - 4 мин. при гипертермии
- 3 - 4 мин. при нормотермии
- 5 - 6 мин. при нормотермии
- 40 - 50 мин. при понижении температуры тела до 31 - 32 град. С

3. Запрокидывание головы обеспечивает проходимость дыхательных путей у людей, находящихся в состоянии клинической смерти

- в 100 % случаев
- в 90 % случаев
- в 80 % случаев
- в 80 % случаев при одновременном выведении вперед нижней челюсти

4. Достоинствами проведения ИВЛ методом "рот в рот" является

- возможность применения этого метода в любых условиях
- простота и возможность обучения данному методу не специалистов

возможность поддержания нормального альвеолярного газового состава
все ответы правильные

5. При отсутствии признаков адекватной легочной вентиляции следует

запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжать реанимационные мероприятия

приподнять головной конец
позвать другого реаниматора
выполнить трахеостомию

6. При проведении наружного массажа сердца у взрослых ладони следует расположить

на верхней трети грудины
на границе верхней и средней трети грудины
на границе средней и нижней трети грудины
в пятом межреберном промежутке слева от сердечного выброса

7. Наружный массаж сердца

обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию
проводится при наличии множественных переломов ребер на твердой поверхности
обеспечивает 30 - 40 % нормального
сопровождается переломом одного или нескольких ребер, что свидетельствует об эффективности массажа

8. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют

сужение зрачков
появление отдельных спонтанных вдохов
наличие пульса на магистральных артериях
все ответы правильны

9. Эффективность противошоковых мероприятий можно оценить

по восстановлению артериального давления
по увеличению почасового диуреза
по снижению температурного градиента между кожей и прямой кишкой
все ответы правильные

10. Показанием к открытому массажу сердца является

ожирение
множественные переломы ребер
деформация шейного отдела позвоночника
пневмоторакс

11. При проведении открытого массажа сердца наиболее опасным осложнением является

разрыв легкого
кровотечение из раны
кровоизлияние в мышцу сердца

повреждение мышцы сердца

12. При остановке сердца применяется сочетание следующих препаратов

атропин, мезатон, гидрокарбонат натрия
адреналин, атропин, гидрокарбонат натрия
строфантин, кальция хлорид, норадреналин
эуфиллин, калия хлорид, гидрокарбонат натрия

13. Основными признаками остановки кровообращения являются

отсутствие самостоятельного дыхания
отсутствие пульса на сонной артерии
расширение зрачков
все ответы правильны

14. Перед началом сердечно-легочной и церебральной реанимации больному придается положение

горизонтальное
Тренделенбурга
на животе
с приподнятыми нижними конечностями

15. На тяжесть течения постреанимационного периода наибольшим образом влияет

продолжительность периода умирания
глубина и длительность перенесенной гипоксии
характер основного заболевания
возраст больного

16. Наиболее информативным показателем для оценки кровообращения является

артериальное давление
центральное венозное давление
ударный и минутный объемы сердца
частота пульса

17. Краниocereбральная гипотермия в раннем постреанимационном периоде используется для

снижения потребления мозгом кислорода
уменьшения объема мозга
улучшения микроциркуляции
увеличения метаболизма мозга

18. Улучшению периферического кровообращения в постреанимационном периоде способствует

уменьшение вязкости крови
применение симпатомиметиков
введение крупномолекулярных декстранов

введение кристаллоидных растворов

19. Интубацию трахеи во время проведения реанимационных мероприятий проводят

для предупреждения регургитации
для проведения ИВЛ
для проведения туалета трахеи и бронхов
все ответы правильные

20. Центральное венозное давление является показателем

венозного тонуса
сократительной способности правого желудочка
объема кровотока
сердечного выброс

21. При крупноволновой фибрилляции желудочков показано

электрическая дефибрилляция
введение солей калия
введение солей кальция
электрокардиостимуляция

22. Отек мозга развивается при

клинической смерти
гипервентиляции
метаболическом алкалозе
метаболическом ацидозе

23. Для купирования судорожного синдрома у больных в постреанимационном периоде наиболее целесообразно применение

нейролептанальгезия
диазепам
хлористый кальций
кетамин

24. Наиболее адекватный критерий оценки функции внешнего дыхания в постреанимационном периоде

дыхательный объем
минутный объем дыхания
частота дыхания
газовый состав крови

25. Основными мероприятиями экстренной помощи при тяжелой черепномозговой травме являются

ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции
ИВЛ в режиме умеренной гиповентиляции
краниоцеребральная гипотермия

введение глюкокортикоидов

26. При инфузии больших количеств гипертонического раствора глюкозы может развиваться

гипергидратация

кетоацидотическая кома

некетоацидотическая гиперосмолярная дегидратационная кома

гипокалиемия

27. У больного констатирована остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия надо начинать

с проведения закрытого массажа сердца

с проведения ИВЛ "рот в рот"

с обеспечения проходимости дыхательных путей

с дефибрилляции

28. Наиболее целесообразной мерой профилактики остановки кровообращения при выраженной гиперкалиемии является

назначение глюкозы и инсулина

назначение гидрокарбоната натрия

медленное внутривенное введение 1г хлорида кальция

госпитализация в отделение гемодиализа

29. Внезапной коронарной смертью принято называть

смерть при остром инфаркте миокарда

смерть без видимой причины в течение 1 часа после возникновения неблагоприятных симптомов

смерть при документированной фибрилляции желудочков

все ответы правильны

30. Из каких соображений при остановке сердца больному вводят натрия гидрокарбонат

предупреждает развитие метаболического ацидоза

оказывает защитное действие на миокард

повышает эффективность вводимых фармакологических препаратов

корректирует метаболический ацидоз

31. Синдром низкого сердечного выброса в постреанимационном периоде развивается в результате

снижения ОЦК

нарушения эндокринной и гуморальной регуляции тонуса сосудов

нарушения микроциркуляции с изменением реологических свойств крови

все ответы правильные

32. Какие показатели характеризуют состояние функции почек в постреанимационном периоде

электролиты плазмы крови
почасовой диурез
содержание кортикостероидов в крови
содержание азотистых оснований в плазме крови

33. Причинами развития сердечной декомпенсации в постреанимационном периоде являются

нарушение регуляции сосудистого тонуса
снижение сократительной способности миокарда
нарушения микроциркуляции с изменением реологических свойств крови
все ответы правильные

34. Если после восстановления деятельности сердца больной остается без сознания, это говорит

об отеке мозга
о декорткации
о развитии социальной смерти
все ответы правильные

35. При проведении гипотермии следует помнить, что

адекватный сердечный выброс сохраняется только при температуре тела выше 30° С
возникающая во время охлаждения дрожь увеличивает потребность в кислороде более чем на 200%
гипотермия усиливает действие сукцинилхолина
все ответы правильные

36. Когда проводимая дефибрилляция будет неэффективной

при неправильном размещении электродов
при неадекватной вентиляции легких
при не скорригированном ацидозе
все ответы правильные

37. Тяжесть развития необратимых состояний в постреанимационном периоде определяется

гипоксией миокарда
длительностью и тяжестью перенесенной гипоксии
некрозом клеток паренхиматозных органов
увеличением активности лизосомальных ферментов

38. При прижизненной гибели мозга

активность ферментов в крови и спинномозговой жидкости увеличивается
активность ферментов в крови и спинномозговой жидкости уменьшается
содержание холинэстеразы увеличивается
содержание холинэстеразы уменьшается

39. Введение медикаментозных препаратов при проведении реанимационных мероприятий осуществляется

в/в путем
внутрикостный
эндотрахеально
все указанное верно

40. Элементарное поддержание жизни включает

восстановление проходимости дыхательных путей
искусственную вентиляцию легких
массаж сердца
все указанное верно

41. К терминальным состояниям относится

шок
кома
клиническая смерть
остановка дыхания

42. Показанием к проведению сердечно-легочной реанимации является

клиническая смерть
биологическая смерть
агония
социальная смерть

43. Дальнейшее поддержание жизни включает

медикаментозную терапию
ЭКГ - диагностику
дефибриляцию
все указанное верно

44. Критерием адекватности проводимой ИВЛ является

изменение цвета кожных покровов
наличие экскурсии грудной клетки + капнография
появление самостоятельных дыхательных движений
восстановление сознания

45. Показанием к проведению дефибриляции является

любой вид остановки кровообращения
асистолия
крупноволновая фибрилляция
электромеханическая диссоциация

46. Мероприятия по восстановлению нарушенных функций ЦНС включают

продленную ИВЛ
введение антигипоксантов и антиоксидантов
краниocereбральную гипотермию
все указанное верно

47. Наиболее действенным методом восстановления дыхания при реанимации является

введение дыхательных analeптиков
дыхание по Сильвестру
интубация трахеи и ИВЛ
дыхание «рот в рот»

Раздел 2. Острая дыхательная недостаточность

1. Простыми методами восстановления проходимости дыхательных путей являются все перечисленные, кроме

запрокидывания головы
открытия рта и выдвижения нижней челюсти
механического удаления содержимого дыхательных путей путем постурального дренажа
положение вниз головой

2. Преимуществом ИВЛ методом “рот в рот” является

нервно-рефлекторная стимуляция дыхательного центра
нервно-рефлекторная стимуляция сосудодвигательного центра
возможность обеспечения адекватного дыхательного объема
простота и доступность метода

3. При проведении ИВЛ методом “рот в рот” наиболее частое осложнение

перелом и вывих нижней челюсти
фибриляция желудочков
регургитация и аспирация
пневмоторакс

4. Отрицательным фактором ИВЛ по способу “вдувания” является

нарушение венозного притока к сердцу и капиллярного кровотока в легких
повышение сопротивления в системе легочной артерии и перегрузка правых отделов сердца
увеличение физиологического “мёртвого” пространства
необходимость герметичного закрытого дыхательного контура

5. Отрицательный эффект ИВЛ (при ПДКВ >10 см H₂O) на кровообращение можно заметить по

снижению систолического давления
набуханию шейных вен и акценту 2 тона на легочной артерии
повышению ЦВД
набуханию вен нижних конечностей

6. Устойчивость к гипоксии повышается при применении

морфина
ГОМКа
дыхательных аналептиков
диэтилового эфира

7. Чему равен объем анатомического мертвого пространства у здорового человека с массой тела 70 кг?

120,7 мл
145,4 мл
155,4 мл
174,5 мл

8. PO_2 арт. в норме составляет

30 мм.рт.ст
40 мм.рт.ст
60 мм.рт.ст
100 мм.рт.ст

9. PCO_2 арт. в норме составляет

30 мм.рт.ст
35-45 мм.рт.ст
50 мм.рт.ст
60 мм.рт.ст

10. Раздражение хеморецепторов аортальной и каротидных зон оказывает влияние на

кровообращение
дыхание
коронарный кровоток
мозговой кровоток

11. Наиболее надежным критерием эффективности дыхания является

дыхательный объем
минутный объем дыхания
частота дыхания
 PaO_2 и $PaCO_2$

12. Жизненная емкость легких менее 80% указывает

на повреждение дыхательного центра
на заболевание легких
на сниженный обмен
на нарушение проходимости дыхательных путей

13. Цианоз становится заметен, когда насыщение артериальной крови кислородом ниже

100%

80%
85%
90%

14. Оксигенотерапия у больных с эмфиземой легких может

урежать дыхание
не изменять дыхание
вызывать одышку
учащать дыхание

15. Слипанию стенок альвеол препятствует

сурфактант
эластическое сопротивление легочной ткани
экспираторное сопротивление
отрицательное давление в плевральной полости

16. На автоматизм дыхательного центра не влияют

импульсы коры головного мозга
импульсы хеморецепторов сосудов
импульсы барорецепторов сосудов
импульсы механорецепторов легких

17. Величина альвеолярной вентиляции определяется всеми параметрами, кроме

ЧД
ДО
объема мертвого пространства
ЖЕЛ

18. Причиной гиповентиляции может быть все, кроме

угнетения механизмов регуляции дыхания
ограничения движений грудной клетки
поражения легочной ткани
снижения PO_2 в дыхательной смеси

19. Наиболее точным и удобным методом для оценки обструктивных изменений является определение

жизненной емкости легких
ФОЕ
ОЕЛ
пробы Тиффно

20. Соотношение альвеолярной вентиляции и легочного кровотока в норме равно

0,3
0,4
0,8

1,0

21. Для отека легких не характерно

набухание поверхностных вен шеи
кровоизлияния в склеры
тахикардия
пенистая мокрота

22. При лечении отёка легких, состояние больного может ухудшить

ингаляция гелий-кислородной смеси
эпидуральная блокада
введение ганглиоблокаторов
ИВЛ с отрицательным давлением на выдохе

23. К причинам, которые могут привести к развитию бронхоспазма, относятся

нейрогенные
химические
механические
все ответы правильны

24. Смесь 70% гелия и 30% кислорода в терапии бронхиальной астмы применяется вследствие того, что

гелий не взрывоопасен
смесь дешевле, чем 100% кислород
гелий разжижает бронхиальный секрет
пациенту легче дышать этой смесью, он затрачивает меньше усилий, чем при дыхании 100% кислородом

25. Вязкость какого газа является наиболее низкой?

ксенона
гелия
кислорода
азота

26. Респираторный дистресс-синдром возникает при всем перечисленном, кроме

искусственного кровообращения
искусственной гипотермии
массивного кровезамещения
кардиогенного шока

27. При респираторном дистресс-синдроме нарушение дыхания связано

с первичным повреждением не дыхательных функций легких
с первичным повреждением дыхательных функций легких
с первичным повреждением и тех, и других функций легких

28. Наиболее важными методами интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома является все перечисленное, кроме

улучшения реологических свойств крови
раннего назначения препаратов дигиталиса для профилактики острой правожелудочковой недостаточности
искусственной вентиляции легких в режиме ПДКВ
экстракорпоральной мембранной оксигенации

29. Пневмоторакс может наблюдаться при всех перечисленных состояниях, кроме

разрыва альвеол и медиастинальной плевры
повреждения фасциальных листков шеи
закупорки главного бронха
разрыва диафрагмы

30. Реальная опасность воздушной эмболии существует

при артериальном кровотечении (ранение бедренной артерии)
при артериальном кровотечении (ранение лучевой артерии)
при капиллярном кровотечении
при венозном кровотечении (ранение вен шеи)

31. Медикаментозная терапия отёка лёгких включает все препараты, кроме

ганглиоблокаторов
глюкокортикоидов
диуретиков
дыхательных analeптиков

32. Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью

применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки
ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей
стимуляции кашля
все ответы правильны

33. Дыхательный объем в норме составляет

5% от общей емкости легких (ОЕЛ)
10% от ОЕЛ
15% от ОЕЛ
20% от ОЕЛ

34. Что называется «дыхательной недостаточностью»

недостаточность внешнего дыхания
нарушение транспорта O_2 и CO_2 кровью
нарушение процесса транспорта O_2 и CO_2 из крови капилляров большого круга кровообращения в ткани
нарушение процессов клеточного дыхания

35. Чему равен коэффициент растворимости кислорода в плазме крови

- 0,3 об%
- 0,5 об%
- 1,0 об%
- 3,0 об%

36. От чего не зависит положение кривой диссоциации оксигемоглобина

- от температуры крови
- от pH
- от $p\text{CO}_2$
- от $p\text{O}_2$

37. Постуральный дренаж это

- дренаж трахеи
- дренаж бронхов
- дренаж плевральной полости
- дренаж с помощью положения тела

38. Нарушение внешнего дыхания в первые часы после операции и наркоза связаны с

- болью в послеоперационной ране
- остаточными влияниями анестетиков, наркотиков и миорелаксантов
- хроническими нарушениями дренажной функции бронхов
- все перечисленные причины

39. Доля физиологического легочного шунта от объема легочного кровотока составляет

- 1%
- 5%
- 8%
- 10%

40. Какое мероприятие необходимо провести немедленно при напряженном пневмотораксе?

- ИВЛ
- перевести его в открытый пневмоторакс
- перевести в закрытый пневмоторакс
- интубировать больного

41. Основная причина цианоза у детей при рождении

- действие наркотических препаратов, применяемых во время родов
- действие анальгетиков
- наличие слизи в трахее
- высокая кислородная емкость крови и относительно низкое содержание кислорода

Раздел 3. Острая сердечно-сосудистая недостаточность

1. При каком варианте дыхания сердечный выброс является максимальным

при спонтанном дыхании
при вспомогательном дыхании
при ИВЛ с перемежающимся давлением
при ИВЛ в режиме ПДКВ

2. У больного с заболеванием сердца, в послеоперационном периоде появилась нарастающая тахикардия, сопровождающаяся снижением АД, цианозом, одышкой. Отмечалось резкое набухание вен, вскоре отмечено увеличение печени. Какой вариант нарушения функции сердечно-сосудистой системы имеет место?

острая левожелудочковая недостаточность
острая правожелудочковая недостаточность
острая недостаточность обоих желудочков сердца
острая сосудистая недостаточность

3. Какой вид гипоксии развивается в начальный период не резко выраженной острой левожелудочковой недостаточности?

гипоксическая
гемическая
циркуляторная
тканевая

4. Какая гипоксия присоединяется к одной из уже имеющихся при тяжелой степени острой левожелудочковой недостаточности?

гипоксическая
гемическая
циркуляторная
тканевая

5. В связи с тяжелой гипоксией, развившейся на фоне не купирующегося отека легких, больной переведен на ИВЛ. В каком режиме целесообразнее всего осуществлять последнюю?

в режиме нормовентиляции с отрицательным давлением на выдохе
в режиме нормовентиляции с положительным давлением на выдохе
в режиме гипервентиляции с отрицательным давлением на выдохе
в режиме гипервентиляции с положительным давлением на выдохе

6. Пациенту с умеренной гипоксией миокарда введен адреналин. Как отразилось это на гипоксически измененном миокарде?

гипоксия полностью устранилась
степень гипоксии уменьшилась
степень гипоксии увеличилась
не изменилась

7. Применением какого из ниже перечисленных веществ удастся снизить ОПС?

адреналина

норадреналина
мезатона
эфедрина

8. У какого из указанных препаратов вазодилатационный эффект обусловлен альфа-адреноблокирующим эффектом?

арфонада
нитропруссид
бензогексония
фентоламина

9. В какой концентрации используются растворы норадреналина для внутривенного введения?

0,1%
0,01%
0,001%
0,0001%

10. Каково ведущее звено в механизме прямого антикоагулянтного действия гепарина?

замедление превращения протромбина в тромбин
повышенная адсорбция тромбина фибриногеном
препятствие образованию активного тромбопластина
инактивация активного тромбопластина

11. В какой фазе сердечного сокращения максимально осуществляется коронарный кровоток?

в фазе изометрии
в изотонической фазе
в фазе активной диастолы
в любой фазе

12. Известно, что при физической работе минутный объем сердца (МОС) увеличивается. Как изменяется при этом коронарный кровоток?

увеличивается параллельно с МОС
увеличивается в большей степени, чем МОС
немного увеличивается, но меньше чем МОС
не изменяется

13. Какой показатель наиболее полно характеризует адекватность кровообращения?

артериальное давление крови
ОГТС
объемный кровоток
сочетание трех показателей

14. Что называется капилляроном?

артериола
венула
артериовенозный анастомоз
капилляр вместе с предыдущими элементами

15. Известно, что в капиллярах периодически наблюдается прекращение и возобновление кровотока, не зависящие от сердечных сокращений. Как называется данный процесс?

капилляротоксикоз
вазомоция
капилляроспазм
вазодилатация

16. В каком отделе сердечно-сосудистой системы больше всего находится крови?

в капиллярах
в артериях большого круга кровообращения
в венах большого круга кровообращения
в сосудах легких и в сердце

17. Какой фактор играет роль в механизме агрегации эритроцитов?

снижение или исчезновение электрического заряда эритроцитов
появление на поверхности адгезивных веществ
появление молекулярной связи между клетками
все три фактора

18. Известно, что агрегаты эритроцитов, обволакиваясь белковыми и другими веществами плазмы, скапливаются в капиллярах и выключаются из общего кровотока. Как называется этот процесс?

секвестрация
депонирование
вазомоция
шунтирование

19. В каком органе отмечается самая высокая артериовенозная разница по кислороду?

в головном мозге
в почках
в печени
в миокарде

20. Какое звено в механизме действия нитроглицерина при стенокардии является ведущим?

анальгетический эффект
снижение выброса катехоламинов
снижение интенсивности работы миокарда + понижение потребления миокардом O_2
коронарорасширяющий эффект

21. При различных патологических процессах в сердце нарушается синхронность сокращения отдельных зон миокарда. Как называется этот процесс?

асинергия
асистолия
адинамия
ассиметрия

22. У пациента, находящегося под мониторным ЭКГ-контролем, зарегистрирована мелковолновая фибрилляция желудочков сердца и диагностирована клиническая смерть. Какое специфическое лечебное мероприятие следует предпринять на фоне массажа сердца и ИВЛ в первую очередь для перевода мелковолновой фибрилляции в крупноволновую?

ввести раствор атропина
ввести раствор натрия бикарбоната
проведение ЭИТ
ввести раствор лидокаина

23. Применение какого адренолитика наиболее целесообразно при инфаркте миокарда с целью уменьшения его возбудимости?

фентоламина
пироксана
тропафена
индерала

24. Известно, что в комплексе мероприятий по лечению отека легких для устранения низкого онкотического давления крови осуществляют стимуляцию диуреза. Какой из препаратов для этой цели целесообразнее применить?

манитол
мочевина
лазикс
диакарб

25. При проведении сердечно-легочной реанимации после начала наружного массажа сердца отмечено появление пульса на лучевой артерии, синхронного с нажатием на грудную клетку и артериального давления (около 60 мм рт.ст.). О чем это свидетельствует?

об адекватности массажа сердца
надекватности массажа сердца
эффективности массажа сердца
неэффективности массажа сердца

26. Какие три параметра кровообращения имеют наибольшее значение для состояния гемодинамики в целом?

ОЦК, МОС, ОПС
присасывающее действие средостения, реология крови, МОС
ЧСС, преднагрузка, постнагрузка
ЦВД, ОЦК, преднагрузка

27. Какие наиболее простые и доступные тесты могут быть использованы в клинических условиях для характеристики вязкости крови?

количество эритроцитов и уровень гемоглобина
уровень гемоглобина и количество тромбоцитов
количество эритроцитов и лейкоцитов
гематокрит и СОЭ

28. Какой из параметров кровообращения наиболее полно характеризует состояние гемодинамики организма?

количество гемоглобина
количество эритроцитов
ОЦК
систолическое АД

29. Какой из факторов является второстепенным в поддержании АД?

сократительная способность миокарда
ОПС
вязкость крови
возраст пациента

30. Диастолическое давление обусловлено в основном

насосной функцией сердца
количеством крови в артериальной системе
периферическим сопротивлением и эластичностью артериальных сосудов
вязкостью крови

31. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе

увеличивается
уменьшается
вариабельно
остается неизменным

32. Основным фактором, определяющим наполнение коронарных артерий, является

систолическое давление
пульсовое давление
диастолическое давление
среднее давление в аорте

33. Признаком недостаточности правого сердца является

снижение АД
повышение ЦВД
снижение ЦВД
повышение ДЗЛК

34. Признаком начинающейся острой левожелудочковой недостаточности является

- повышение АД
- повышение ЦВД
- повышение ЧСС
- повышение ДЗЛК

35. Положительное инотропное действие препарата означает, что он

- усиливает действие других препаратов
- вызывает учащение сердечного ритма
- повышает сократительную силу миокарда
- обладает антиаритмическим действием

36. ЭКГ может давать информацию обо всех состояниях, за исключением

- сердечного выброса
- передозировки дигиталиса
- электролитных нарушений
- нарушения ритма

37. Брадикардия и гипотензия, возникающие во время операции на органах брюшной полости, устраняются применением

- прозерина
- адреналина
- атропина
- хлористого кальция

38. Вызвать тахикардию может все, кроме

- гипоксии
- катехоламинов
- метаболического ацидоза
- хлористого кальция

39. Какой путь действия на систему кровообращения анестетиками несуществен?

- прямое угнетающее действие на миокард
- изменение аминокислотного состава крови
- изменение газового состава крови
- влияние на адренергические системы

40. Кровопотеря менее 10% ОЦК компенсируется

- кровью
- кристаллоидами
- плазмой
- ничем не компенсируется

41. Судить об эффективности инфузионной терапии при кишечной непроходимости у больного с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией следует по

гемоглобину и гематокриту
диурезу
АД
ЧСС

42. Для купирования ангинозного приступа не следует вводить

морфин
промедол
атропин
препараты НЛЛ

43. Наиболее опасным в прогностическом отношении клиническим признаком инфаркта миокарда являются

атония мочевого пузыря
энцефалопатия
сердечные аритмии
болевой синдром

44. Какое нарушение ритма во время анестезии менее опасно

фибрилляция желудочков
синусовая аритмия
мерцательная аритмия
поперечная блокада сердца

45. При фибрилляции желудочков сердца показано

хлористый кальций
электрическая дефибрилляция
раствор соды
адреналин

46. Первым признаком гиповолемического шока является

снижение ЦВД
снижение АД
увеличение ЧСС
аритмия сердца

47. При анафилактическом шоке показано

большие дозы гормонов, адреналин
кофеин, кордиамин
сода, аминазин
интубация трахеи, ИВЛ

48. Кардиотоксическое действие калия купируется применением

адреналина

кофеина
сода, глюконат Са
гормонов

Раздел 4. Инфузионно-трансфузионная терапия

1. Какое из перечисленных веществ внутренней среды организма является самым мощным физиологическим антикоагулянтом?

антитромбин III
плазминоген
фибронектин
пластичный фактор 4 (ПФ-4)

2. Один из тромбоцитарных факторов свертывания крови является биологически активным веществом, которое играет существенную роль в развитии различных патологических реакций в организме. Что это за вещество?

кинины
простагландины
гистамин
серотонин

3. Где происходит синтез фибриногена?

в селезенке
в печени
в почках
в красном костном мозге

4. При каком содержании фибриногена в крови мы говорим о гипофибриногенемии?

при 3,5 г/л и ниже
при 1,7 г/л и ниже
при 1,0 г/л и ниже
при 0,5 г/л и ниже

5. Как развитие в организме выраженного воспалительного процесса влияет на концентрацию фибриногена крови?

концентрация возрастает
концентрация снижается
концентрация не изменяется
концентрация снижается только при сочетании воспаления с аллергической реакцией организма

6. Как называется такое состояние, когда вследствие функциональной неполноценности молекулы фибриногена последний под действием тромбина не превращается в фибрин, в результате чего создаются условия для повышенной кровоточивости?

афибриногенемия
гипофибриногенемия
дисфибриногенемия

гиперфибриногенемия

7. Тромбин относится к

протекторам
гормонам
ингибиторам МАО
протеолитическим ферментам

8. Какое из перечисленных веществ является природным ингибитором тромбина?

антитромбин III
гепарин
гирудин
серотонин

9. Какой из компонентов свертывающей системы крови непосредственно осуществляет трансформацию протромбина в тромбин?

тканевой тромбопластин
ионы кальция
проконвертин
конвертин

10. В синтезе протромбина печенью принимает участие определенное вещество, при недостаточности которого снижаются либо уровень протромбина, либо его функциональная полноценность.
Что это за вещество?

кинины
простагландины
ионы кальция
витамин К

11. Из нижеперечисленных веществ выберите препарат, обладающий антикоагулянтной активностью

сформировавшийся фибрин
плазминоген
урокиназа
плазмин

12. Укажите нормальную концентрацию плазминогена (предшественника плазмина или фибринолизина) в плазме крови человека в норме?

0,05 г/л
0,2 г/л
2,0 г/л
в норме плазминоген в плазме крови практически отсутствует

13. Каково нормальное содержание плазмина (фибринолизина) в плазме крови человека?

0,05 г/л

0,2 г/л

2,0 г/л

в норме плазмин (фибринолизин) в плазме крови практически отсутствует

14. В тканях почки образуется активатор плазминогена - урокиназа, способная превращать плазминоген в плазмин и тем самым повышать фибринолитическую активность крови. Аналогичный активатор имеется и в желчи. Назовите его

билокиназа

гепатолаза

холангиолаза

гликогеназа

15. При какой концентрации тромбоцитов в крови принято говорить о тромбоцитопении?

менее 300000 в 1 мкл

менее 250000 в 1 мкл

менее 180000 в 1 мкл

менее 150000 в 1 мкл

16. Как изменяется продолжительность «жизни» тромбоцита, циркулирующего с кровью, на фоне проведения антикоагулянтной терапии?

увеличивается

уменьшается

не изменяется

уменьшается только при проведении параллельной фибринолитической терапии

17. Каков основной пусковой механизм нарушения свертываемости крови при развитии тромбгеморрагического синдрома?

изменение взаимоотношений между стенкой сосудов и клеточными элементами крови

дефицит факторов протромбинового комплекса

избыточное поступление в кровь активаторов плазминогена

усиленное освобождение тканевого или плазменного тромбопластина

18. Из трех фаз свертывания крови

1. Фаза протромбинаобразования

2. Фаза тромбинообразования

3. Фаза фибринообразования Какая самая продолжительная?

первая

вторая

третья

продолжительность примерно одинакова

19. В некоторых тканях человеческого организма (плацента, сосудистая стенка и др.) содержится большое количество активаторов фибринолиза. Какой субстрат в основном обеспечивает повышенную фибринолитическую активность указанных тканей?

лактатдегидрогеназа

щелочная фосфатаза
урокиназа
биликиназа

20. Какой антикоагулянт имеет наибольшее значение в антикоагулянтной активности крови?

антитромбин III
гепарин
антитрипсин
антикефалин

21. Какое звено свертывания крови страдает в наибольшей степени при гипокальциемии?

переход протромбина в тромбин
переход фибриногена в фибрин
активация тканевого тромбопластина
активация плазменного тромбопластина

22. Для профилактики и лечения ДВС-синдрома (в особенности в первой фазе - гиперкоагуляции) широко применяется гепарин, но при определенных видах нарушений гемостаза его применение мало целесообразно. При каком виде нарушения гемостаза это имеет место?

при дефиците антитромбина III
при уменьшении антигепаринового фактора тромбоцитов
при усиленном освобождении тканевого тромбопластина
при усиленном освобождении плазменного тромбопластина

23. Назовите основное место синтеза гепарина

костный мозг
легкие
печень
тучные клетки

24. Каким образом осуществляется инаktivация экзогенного гепарина?

гепарин инаktivируется печенью и частично выводится почками
свертывается с белками плазмы и в неактивном состоянии выводится почками
разрушается собственным протамином плазмы
переходит в секреты различных желез и выделяется с секретируемой жидкостью

25. Чем обусловлено противосвертывающее действие гепарина?

антитромбопластиновым влиянием
антипротромбиновым влиянием
антитромбиновым влиянием
всеми тремя перечисленными видами влияний

26. Как влияют на антикоагуляционный эффект гепарина глюкокортикоиды?

повышают
снижают
не изменяют

27. Антагонистом гепарина является протамина сульфат. Из какого субстрата он изготавливается?

из плазмы крови человека
из плазмы крови крупного рогатого скота
из цереброспинальной жидкости человека
из спермы лосося

28. Какое количество единиц действия гепарина нейтрализует 1 мг протамина сульфата?

15 ЕД
45 ЕД
85 ЕД
150 ЕД

29. У больного констатируется резкое ослабление реакции свертывающей системы крови на введение гепарина, дефицитом какого фактора вероятнее всего это обусловлено?

антитромбина III
протромбина
фибриногена
простагландина E

30. Как может повлиять введение тубокураина на свертываемость крови?

снижает
повышает
вызывает существенные разнонаправленные изменения
влияния не оказывает

31. Реополиглюкин является препаратом, улучшающим реологические свойства крови. Каким путем он это осуществляет?

вызывая гемодилюцию
увеличивая электроотрицательный потенциал эритроцитов
связывая фибриноген
путем сочетания перечисленных механизмов

32. Какое влияние на свертывание крови оказывают жировые эмульсии, применяемые для парентерального питания?

вызывают гиперкоагуляцию
вызывают гипокоагуляцию
вызывают разнонаправленные изменения
практически не влияют

33. Какой принцип заложен в основу работы электрокоагулографов, приборов предназначенных для общей оценки свертывания крови?

выявление изменений вязкости крови
выявление изменений реологических свойств крови в целом
выявление изменений поверхностного натяжения крови
выявление изменений электропроводности крови

34. Чему равен протромбиновый индекс?

отношению протромбинового времени донора к протромбиновому времени больного
отношению концентрации протромбина донора к концентрации протромбина больного
соотношению факторов протромбинового комплекса
величине отклонения концентрации протромбина конкретного больного от нормы

35. В клинической практике в качестве препарата воздействующего на систему гемостаза широко используется аспирин (ацетилсалициловая кислота). Каков основной механизм его действия?

антагонистическое воздействие на серотонин
участие в синтезе урокиназы
ингибирование эффектов тромбоцитов
активация липолиза

36. Какой метод введения тромбина наиболее эффективен в целях остановки кровотечения из паренхиматозных органов?

местное воздействие путем аппликаций
внутримышечный
внутривенный
внутриартериальный в артерию, обеспечивающую кровоснабжение кровотокающего участка

37. Основным механизмом действия гирудина заключается в

деактивации тканевого тромбопластина
вытеснении витамина К из ферментных систем
инактивации фибриногена
ингибировании тромбина

38. Антиметаболитом витамина К является

гепарин
гирудин
ЭДТА (этилендиаминтетрауксусная кислота)
дикумарин

39. Какое вещество со своеобразным «опосредованным» тромболитическим действием превращает плазминоген в фермент, расщепляющий фибрин?

фибринолизин
стрептаза
контрикал
трипсин

40. Для лечения ДВС-синдрома в стадии выраженной гипокоагуляции широко используют плазму крови, но применение одной из ее разновидностей в данной стадии ДВС-синдрома следует признать малоцелесообразным. О какой плазме идет речь?

- нативной
- сухой
- антигемофильной
- свежезамороженной

41. Во сколько раз капиллярная кровь свертывается быстрее чем венозная?

- в 2-3 раза
- в 4-5 раз
- в 6-8 раз
- в 9-10 раз

42. Каково функциональное состояние коагуляционного звена системы гемостаза у рожениц при эмболии околоплодными водами на высоте выраженности клинической симптоматики?

- нормокоагуляция
- гиперкоагуляция
- гипокоагуляция
- может изменяться как в сторону гипер-, так и гипокоагуляции

43. Что противопоказано переливать при наличии ДВС-синдрома вне зависимости от стадии его развития?

- свежегепаринизированную кровь
- прямое переливание крови
- свежезамороженную плазму
- осуществлять реинфузию собственной крови

Раздел 5. Почечно-печеночная недостаточность

1. Суммарный кровоток в почках составляет

- 10% минутного объема сердца
- 20% минутного объема сердца
- 30% минутного объема сердца
- 40% минутного объема сердца

2. Скорость образования лимфы в почках приблизительно равна скорости образования мочи, т.е. составляет около

- 1 мл/мин
- 2 мл/мин
- 3 мл/мин
- 5 мл/мин

3. Ауторегуляция почечного кровотока прекращается при снижении систолического артериального давления

до 100 мм рт. ст.
до 80-90 мм рт. ст.
до 60-70 мм рт. ст.
до 40-50 мм рт. ст.

4. Нормальная величина почечного кровотока у взрослого человека составляет в среднем

1600 мл/мин
1100 мл/мин
800 мл/мин
600 мл/мин

5. В нормальных условиях у взрослого человека скорость клубочковой фильтрации составляет в среднем

60 мл/мин
120 мл/мин
180 мл/мин
240 мл/мин

6. Упрощенный способ определения скорости клубочковой фильтрации сводится к определению концентрации

креатинина в плазме
мочевины
остаточного азота в крови
все ответы правильны

7. Причинами острой почечной недостаточности могут быть

шокогенные факторы (падение артериального давления, кровопотеря, травма)
гемолиз или миолиз, краш-синдром
эндотоксикоз или экзотоксикозы
верны все ответы

8. Основные причины прerenальной ОПН

кардиогенный шок
системные васкулиты
внутрисосудистый гемолиз
ожоги, перитонит

9. При урологических заболеваниях чаще возникает форма острой почечной недостаточности

постренальная
ренальная
прerenальная

10. Какая группа антибиотиков чаще вызывает ОПН

пенициллины
цефалоспорины
аминогликозиды
макролиды

11. Причинами нефротоксической формы острой почечной недостаточности являются все перечисленное, кроме

отравления соединениями тяжелых металлов
органических растворителей (этиленгликоль, четыреххлористый углерод)
сульфаниламидов
анафилактического шока

12. Основные причины ОПН при гломерулонефрите

отек интерстициальной ткани
обтурация канальцев
массивная протеинурия
нарушение гемодинамики

13. Признаки острого тромбоза почечных вен

повышение температуры
боли в пояснице
почка увеличена в размерах
все ответы правильны

14. Какие исследования позволят подтвердить диагноз тромбоза почечных вен

УЗИ
внутривенная урография
моча по Зимницкому
правильно а) и б)

15. Анурия характеризуется суточным диурезом

менее 100 мл
менее 200 мл
менее 300 мл
менее 500 мл

16. Олигоанурия характеризуется суточным диурезом

менее 100 мл
200-300 мл
400-500 мл
свыше 500 мл

17. В тех случаях, когда трудно решить, сохранилась ли клубочковая фильтрация, вначале применяют небольшие дозы

маннитола

фуросемида
эуфиллина

18. При определении состояния клубочковой фильтрации при ОПН в стадии олигурии проводят пробу с маннитолом (1-1,5 г/кг внутривенно в 30-40% растворе глюкозы) Если через 1-1,5 часа диурез составит менее 40 мл/час

дальнейшее введение маннитола не показано
дозу увеличивают
дозу повторяют

19. Нормализация почечного кровотока при преренальной (функциональной) олигурии патогенетически осуществляется

введением салуретиков
введением осмодиуретиков
нормализацией системы гемодинамики
введением ганглиолитиков

20. Для функциональных дисфункций почек проявляющихся олигурией, характерно

концентрационная и азотовыделительная функция почек сохранена
концентрационная и азотовыделительная функция почек понижена
концентрационная и азотовыделительная функция почек повышена
концентрационная функция почек понижена, азотовыделительная - повышена

21. Одним из ранних признаков почечной недостаточности является

наличие лейкоцитов в моче
повышение в крови азота мочевины
низкий удельный вес мочи
наличие эритроцитов в моче

22. Признаки, не характерные для олигурической стадии ОПН

анорексия
азотемия
гиперкалиемия
гипокалиемия

23. Скорость нарастания содержания креатинина в крови при острой почечной недостаточности в олигоанурической стадии

не зависит от уровня катаболизма
зависит от уровня катаболизма
находится в прямой корреляционной зависимости
находится в обратной корреляционной зависимости

24. В олигоанурической стадии острой почечной недостаточности развивается

метаболический алкалоз
метаболический ацидоз

смешанный ацидоз
смешанный алкалоз

25. Лабораторные признаки гипергидратации при ОПН

повышение ионов натрия в плазме крови
снижение ионов натрия в плазме крови
повышение ионов калия в плазме крови
снижение ионов калия в плазме крови

26. Длительность олигурической стадии ОПН

1 сутки
несколько часов
5 - 11 суток
10-20 суток

27. Контроль за функциональным состоянием почек осуществляется путем

измерения суточного диуреза
определения остаточного азота
клинического анализа мочи
правильны все ответы

28. Введение эуфиллина увеличивает скорость клубочковой фильтрации (увеличивает диурез) за счет

значительного увеличения натрийуреза
блокады реабсорбции натрия
незначительного увеличения натрийуреза

29. Осмотические диуретики (маннитол, сорбитол) оказывают действие на уровне

мозговой части восходящего колена почечной петли
проксимального канальца и почечной петли
дистального канальца
правильно б) и в)

30. Механизм действия осмодиуретиков включает все перечисленное, кроме

повышения осмотического давления крови
увеличения натрийуреза и калийуреза в собирательных трубках нефрона
гиперосмотического эффекта в первичной моче
диуретического эффекта, выявленного в проксимальных канальцах нефрона

31. Осмодиуретическим действием обладает все перечисленное, кроме

глицерина
гипертонической сухой плазмы
гипертонического раствора
глюкозы 20%, переливаемой со скоростью 0,5 г/кг в час

32. Применение осмодиуретика опасно

при бронхоастматическом статусе с перегрузкой малого круга кровообращения
при отеке легких с целью разгрузки малого круга кровообращения
при гипергликемической коме
все ответы правильны

33. Салуретики (фуросемид, кислота этакриновая, новурит) действуют на уровне

мозговой части восходящего колена почечной петли
корковой части восходящего колена почечной петли
проксимальной части канальцев
дистальной части канальцев

34. Фуросемид в фазе повреждения почек при острой почечной недостаточности применяют

при отрицательной пробе с маннитолом
при гипергидратации
при отеке легких
при всем перечисленном

35. Препараты калийсберегающего действия (верошпирон, спиронолактон, триамтерен) действуют на уровне

дистальной части канальцев
проксимальной части канальцев и почечной петли
петли Генле
правильно а) и б)

36. От гемотрансфузий у больных с почечной недостаточностью следует воздержаться, если содержание НЬ

не ниже 80 г/л
не ниже 90 г/л
не ниже 100 г/л
не ниже 110 г/л

37. Для расчета допустимого объема гидратации в олигоанурической стадии острой почечной недостаточности необходимо руководствоваться формулой

суточный диурез + 200 мл жидкости
суточный диурез + 400 мл жидкости
суточный диурез + 600 мл жидкости
суточный диурез + 800 мл жидкости

38. При концентрации K^+ выше 8 ммоль/л в олигоанурической стадии острой почечной недостаточности могут отмечаться

тахисистолическая форма мерцательной аритмии
пароксизмальная тахикардия
фибрилляция желудочков

фибрилляция предсердия

39. В олигоанурической стадии острой почечной недостаточности противопоказаны калийные соли антибиотиков группы пенициллина вследствие

их нефротоксичности
высокой степени кумуляции
высокого содержания калия в плазме больного
правильно а) и б)

40. При почечной недостаточности лучше использовать антибиотики, которые элиминируют не через почки и малотоксичны при превышении терапевтической концентрации в крови. К этим антибиотикам относятся

пенициллины
аминогликозиды
цефалоспорины

41. Дозы гликозидов в условиях почечной недостаточности должны быть

снижены на 1/2
не изменены
повышены на 1/4
увеличены на 1/2

42. Все наркотические средства

угнетают мочевыделение
не влияют на мочеотделение
усиливают мочевыделение

43. Показаниями к проведению гемодиализа при стойкой анурии в условиях острой почечной недостаточности являются

гиперкалиемия
прогрессирующая азотемия и гиперкреатининемия
резкая гипергидратация
верно все

44. Уровень мочевины, при котором показан гемодиализ

10 ммоль/л
15 ммоль/л
18 ммоль/л
24 ммоль/л

45. К наиболее эффективным способам удаления воды у больных с острой почечной недостаточностью в стадии анурии относят

ультрагемофильтрацию
стимуляцию потоотделения
промывание желудка

перионеальный диализ

46. Уровень натрия в плазме крови в норме составляет

- 50 ммоль/л
- 100 ммоль/л
- 150 ммоль/л
- 200 ммоль/л

47. Клиническими симптомами дефицита натрия являются все перечисленное, кроме

- потери сознания
- тошноты, рвоты
- снижения АД
- судорог

48. При избытке натрия наблюдаются следующие клинические симптомы, кроме

- жажды
- гипертермии
- судорог
- нарушения сознания

49. Уровень хлоридов в крови в норме составляет

- 50 ммоль/л
- 100 ммоль/л
- 150 ммоль/л
- 200 ммоль/л

50. Уровень калия в плазме крови в норме составляет

- 2,25 ммоль/л
- 2,50 ммоль/л
- 3,35 ммоль/л
- 4,50 ммоль/л

51. Концентрация калия в сыворотке

- увеличивается при алкалозе
- уменьшается при ацидозе
- увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе
- уменьшается при ацидозе и увеличивается при алкалозе

52. Примерная суточная потребность взрослого человека в калии составляет

- 20 ммоль/л/м²
- 40-50 ммоль/л/м²
- 50-70 ммоль/л/м²
- 70-80 ммоль/л/м²

53. Основными клиническими симптомами дефицита калия являются

мышечная слабость
дыхательные нарушения
уплощение зубца Т и удлинение интервала S-T
все ответы правильны

54. Причинами дефицита калия является все перечисленное, кроме

полиурии
рвоты
недостаточного поступления
потери воды через кожу

55. Для внутривенного введения при дефиците калия следует применять

1% раствор KCl
7,5% раствор KCl
40 мл 7,5% раствора KCl, растворенных в 0,5-1 л 10% раствора глюкозы с добавлением
12,5 или 25 ед. инсулина соответственно
10% раствор KCl

56. В 1 мл 7,5% раствора хлорида калия содержится

0,5 ммоль калия
1 ммоль калия
2 ммоль калия
7,5 ммоль калия

57. Противопоказанием к назначению хлорида калия для внутривенного введения является все перечисленное, кроме

олигурии или анурии любого происхождения
гиперкалиемии
декомпенсированного метаболического алкалоза
острой тяжелой дегидратации

58. Клиническими симптомами гиперкалиемии являются

аритмия
мерцание желудочков
остановка сердца в диастоле
все ответы правильны

59. Осмолярность плазмы в норме составляет

205 мосмоль
230 мосмоль
290 мосмоль
320 мосмоль

60. Процентное содержание общей воды организма у взрослого мужчины с нормальным питанием составляет

40%
50%
60%
70%

61. Ежедневное потребление воды взрослым человеком в среднем составляет

0,8 л
1,5 л
2,5 л
3,5 л

62. Ежедневная потеря воды взрослым человеком составляет

0,8 л
1,5 л
2,5 л
3,5 л

63. К гипертонической дегидратации приводят

недостаточное поступление жидкости
полиурия
потери гипотонической жидкости
все ответы правильны

64. Клиническими симптомами гипертонической дегидратации являются все перечисленные, кроме

выраженной жажды
сухости кожи и слизистых оболочек
полиурии
повышения осмолярности плазмы

65. Для лечения гипертонической дегидратации следует применять

0,9% раствор NaCl
5% раствор глюкозы
5% раствор фруктозы
правильно б) и в)

66. К изотонической дегидратации приводит все перечисленное, кроме

потери жидкости из желудочно-кишечного тракта
потери плазмы и крови
полиурии
обильного потения

67. Клиническими симптомами изотонической дегидратации являются все перечисленные, кроме

артериальной гипотонии, гиповолемического шока
полиурии
апатии, замедленной реакции
олигурии

68. Причиной гипотонической дегидратации может быть

потеря солей через почки
недостаточное введение натрия
потеря жидкости тела, возмещаемая водой или безэлектролитными растворами
все перечисленное верно

69. При гипотонической дегидратации наблюдается все перечисленное, кроме

падения АД
тахикардии
олигурии
напряжения глазных яблок

70. К гипертонической гипергидратации приводят

избыточное внутривенное введение раствора сахаров
избыточное внутривенное введение гипертонических или изотонических ин-фузионных растворов
энтеральное поступление насыщенных солевых растворов
правильно б) и в)

71. При гипертонической гипергидратации наблюдается все перечисленное, кроме

жажды
нервно-психических нарушений
отеков
снижения осмолярности плазмы

72. Наиболее важными симптомами изотонической гипергидратации являются все перечисленные, кроме

отеков тела
отека легких
повышенной осмолярности плазмы
нормальной осмолярности плазмы

73. При изотонической гипергидратации проводится все перечисленное, кроме

лечения основного заболевания
создания отрицательного баланса натрия и воды
назначения осмодиуретиков и салуретиков
применения раствора сахаров

74. Причинами гипотонической гипергидратации являются

избыточное введение безэлектролитных растворов для лечения дегидратации

анурия
истощение
все перечисленное верно

75. Наиболее важными симптомами отравления водой являются

слабость, помрачение сознания, кома, судороги
рвота, понос
отек легких
все ответы правильны

76. Основные принципы лечения гипотонической гипергидратации направлены

на лечение основного заболевания, приводящего к задержке воды в организме
на создание отрицательного водного баланса
на ультрафильтрацию крови
все ответы правильны

Раздел 6. Коматозные состояния

1. Что из перечисленных утверждений верно относительно физиологии головного мозга

АД непосредственно влияет на мозговой кровоток
ЦПД непосредственно связано с АД
церебральный кровоток непосредственно влияет на ЦПД
на метаболизм головного мозга приходится 50 % общего потребления кислорода

2. Уровень мозгового кровотока определяется

величиной сердечного выброса
уровнем систолического АД
уровнем внутричерепного давления
уровнем ЦПД

3. Уровень сохранения ауторегуляции мозговой кровотока находится в пределах среднего АД

от 30 до 60 мм рт. ст.
от 60 до 140 мм рт. ст.
от 80 до 160 мм рт. ст.
от 100 до 180 мм рт. ст.

4. Уровень мозгового кровотока в норме составляет мл/100 г/ мин

0 - 6
6-12
12-20
45 - 65

5. Мозг потребляет

5 % сердечного выброса
10 %

15 %

20 %

6. Для коматозного состояния не характерно

снижение сухожильных рефлексов
двусторонний симптом Бабинского
угнетение зрачковых реакций
целенаправленные защитные реакции

7. Для оценки коматозного состояния не предназначены

шкала Глазго - Питсбурга
шкала Глазго
шкала Шахновича
шкала Апгар

8. Шкала Глазго

предназначена для документации глубины комы
оценивает открывание глаз по 5 балльной шкале
диапазон оценки от 0 до 15 баллов
все ответы правильные

9. Шкала комы Глазго не включает в себя

оценку открывания глаз
оценку вербальных реакций (речевых реакций)
оценку стволовых рефлексов
оценку двигательной активности (реакции)

10. У пациента отсутствует речь, он не открывает глаза, в ответ на болевые воздействия возникает децеребрационная ригидность. Какова его оценка согласно шкале комы Глазго

0 баллов

3 балла

4 балла

6 баллов

11. Решающая роль в диагностике смерти мозга из перечисленных методов обследования отводится

электроэнцефалографии
компьютерной томографии
ангиографии
эхоэнцефалографии

12. Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызвать

гипоксию и гипокапнию
гипероксию и гипокапнию
гипоксию и гиперкапнию

гипероксию и гиперкапнии

13. Для кетоацидотической комы справедливы все перечисленные признаки кроме

гипергликемия выше 20 ммоль/л
снижение тонуса глазных яблок
влажность кожных покровов
снижение pH крови

14. Введение гипертонического раствора хлорида натрия показано в качестве неотложной помощи

при диабетическом кетоацидозе
при гиперосмолярной коме
при хлоргидропенической коме
при гипогликемической коме

15. Из перечисленных состояний дыхание Куссмауля наиболее характерно для

стволового инсульта
диабетического кетоацидоза
печеночной комы
отравления угарным газом

16. Из перечисленных данных для гипогликемической комы не характерно

внезапность развития
патологические рефлсы
мидриаз
сохранение тонуса глазных яблок

17. Показанием для введения бикарбоната натрия больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, является

снижение pH крови ниже 7,36
начинающийся отек мозга
снижение pH крови ниже 7,0
сопутствующий лактоцидаз

18. Больному с кетоацидотической комой следует ввести в течении первого часа 0,9 % раствора хлорида натрия в количестве

500 мл
1000 мл
2500 мл
4000 мл

19. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с внутривенного введения

солей калия
изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
коллоидных растворов

солей кальция

20. Основным провоцирующим фактором развития диабетической кетоацидотической комы при сахарном диабете 1 типа является

потеря организмом жидкости
сопутствующая патология
оперативное вмешательство
не адекватная инсулинотерапия

21. При гиперкетонемической коме дыхание

редкое, поверхностное
частое, глубокое
глубокое, редкое, шумное
частое, поверхностное

22. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются

гипергликемия и гиперосмолярность
гиперосмолярность и лактоацидоз
гипернатриемия и кетоацидоз
кетоацидоз и гипергликемия

23. Для острых травматических внутричерепных гематом характерно

пульсирующий экзофтальм
дыхание Биота
синдром Брунца
наличие «светлого промежутка»

24. У пациента в коматозном состоянии с диабетическим кетоацидозом pH сыворотки крови 7,2. Показаны все выше перечисленные средства и методы кроме

гидрокарбоната натрия
инфузионной терапии
срочного определения уровня калия в сыворотке
инсулинотерапии

25. У пациента после ЧМТ нарастает клиника отека головного мозга, оценка по шкале ком Глазго 5 баллов. Что из перечисленного противопоказано данному больному?

интенсивное лечение системной гипертензии
в/в манитол в дозе 1 г/кг
подъем головного конца кровати на 30 градусов
интубация трахеи и гипервентиляция

26. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять

гидрокортизон

преднизолон
дексаметазон
кортизон

27. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются

ингибиторы МАО
трициклические антидепрессанты
нейролептики
барбитураты

28. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют

диазепам
аминазин
гексенал
любой из перечисленных препаратов

29. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение

адреналина
норадреналина
мезатона
дофамина

30. Гиперактивацию симпатoadреналовой системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют

нейролептиками
антидепрессантами
барбитуратами
всеми перечисленными препаратами

31. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять

маннитол
реополиглюкин
полиглюкин
альбумин

32. При тяжелой черепно-мозговой травме преимущественное дегидратирующее действие по отношению к участкам мозга с отеком, чем без отека, оказывает

маннитол
глицерин
латекс
альбумин

33. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять

спустя 3 дня после травмы
спустя неделю после травмы
в резидуальном периоде
в любые сроки

35. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются

церебральная гипоксия
реакция на боль
поражение диэнцефально-мезенцефальных структур
все перечисленное

36. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют

осмотические диуретики
глюкокортикоидные препараты
барбитураты
все перечисленное

37. Безусловным клиническим признаком перелома основания черепа является

кровотечение из уха
ликворея из уха
кровянистый ликвор
верно а) и б)

38. Внезапное начало заболевания, кратковременная утрата сознания или оглушенность, головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, брадикардия, повышение температуры до 38 градусов, лейкоцитоз, окрашенность спинно-мозговой жидкости в красный или желтоватый цвет характерно для

эмболии мозговых сосудов
тромбоза мозговых сосудов
кровоизлияния в головной мозг
субарахноидального кровоизлияния

39. Внезапное начало заболевания, утрата сознания (кома), гиперемия лица, стридорозное дыхание, брадикардия, артериальная гипертензия, гемиплегия, паралич взора наиболее характерны для

эмболии мозговых сосудов
тромбоза мозговых сосудов
кровоизлияния в головной мозг
субарахноидального кровоизлияния

40. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через

- 1 ч от начала заболевания
- 2 ч от начала заболевания
- 4 ч от начала заболевания
- 6 ч и более от начала заболевания

41. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденситивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии в мозг спустя

- 1 ч от начала кровоизлияния
- 3 ч от начала кровоизлияния
- 6 ч от начала кровоизлияния
- 12 ч от начала кровоизлияния

42. Методом наиболее ранней диагностики ишемического инсульта является

- классическая электроэнцефалография
- реоэнцефалография
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография-

43. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение

- а)адреналина
- норадреналина
- мезатона
- дофамина

44. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте не применяются с целью улучшения

- церебральной гемодинамики
- водно-электролитного баланса-
- реологического состояния крови
- метаболизма мозга

45. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии

- ревматизма
- артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.
- заболеваний печени
- язвенной болезни желудка

46. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются

- выраженность общемозговой симптоматики
- гиповолемия
- гиперкоагулопатия
- все перечисленные

47. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков (ε-аминокапроновая кислота и др.) не показано, поскольку

высок риск повышения артериального давления
возможно значительное повышение внутричерепного давления
кровоизлияние уже завершилось
возможно усиление цефалгического синдрома

48. Для дегидратирующей терапии при гипертоническом кровоизлиянии в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт. ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать

мочевину
стероиды
маннитол
лазикс

49. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью

коррекции лактацидоза
коррекции гиперкоагуляции
коррекции гиперагрегации
торможения активации перекисного окисления липидов

50. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае

молодого возраста больного
продолжительности закупорки менее 6 ч
отсутствия анурии
артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.

51. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является

утрата сознания
кровянистый ликвор
смещений срединного эхо-сигнала
контралатеральный гемипарез

52. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является

утрата сознания
рвота
психомоторное возбуждение
отек легкого

53. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные

ангиографии
реэнцефалографии
ультразвуковой доплерографии

компьютерной томографии-

54. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является

- повышение вязкости крови
- повышение активности свертывающей системы
- ухудшение реологических свойств крови
- снижение системного перфузионного давления

55. Решающее значение в диагностике менингита имеет

- острое начало заболевания с повышением температуры
- острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- изменения спинномозговой жидкости
- присоединение инфекционно-токсического шока

56. При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным

- поражение черепно-мозговых нервов
- менингеальный синдром
- зрачковые расстройства
- двусторонние пирамидные симптомы

57. Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является

- утрата сознания
- зрачковые расстройства
- нистагм
- менингеальный синдром

58. Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуются

- анизокорией
- сужением
- расширением
- ничем из перечисленного

59. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является

- бережная иммобилизация головы
- иммобилизация конечностей
- введение воздуховода в ротоглотку
- дача ингаляционного наркоза с закисью азота

60. Средством первой очереди в фармакотерапии эпилептического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение в вену

- маннитола

диазепама
тиопентала натрия
гексенала

61. Объем помощи на догоспитальном этапе больным находящимся в коматозном состоянии, ограничивается назначением средств, необходимых

для купирования нарушений сердечной деятельности
для купирования нарушений дыхания
для обеспечения безопасной транспортировки в стационар
для снятия болевого синдрома

62. Какое лекарственное средство не применяется в остром периоде ишемического инсульта

эуфиллин
трентал
эпсилон аминокaproновая кислота
гепарин

63. К дифференцированной терапии при острых нарушениях мозгового кровообращения относится

предупреждение и лечение нарушение дыхания
антикоагулянтная и тромболитическая терапия
устранение гипертермии и других вегетативных нарушений
борьба с отеком мозга и внутричерепной гипертензией

64. Каков вероятный механизм снижения внутричерепного давления при гипервентиляции

уменьшение углекислоты в результате гипервентиляции приводит к церебральной вазоконстрикции
гипервентиляция приводит к алкалозу, что ведет к снижению вазоактивных аминов
увеличение содержания кислорода приводит к снижению синтеза простогландинов
увеличение содержания кислорода предотвращает развитие гипоксического отека мозга

Раздел 7. Избранные вопросы клинической токсикологии

В роли яда может выступить:

чужеродное организму химическое вещество
только неорганические химические вещества
только органические химические вещества
любое химическое соединение, попавшее в организм в количестве, способном вызвать нарушение жизненно важных функций организма

В задачи клинической токсикологии входит:

изучение острых отравлений
изучение хронических химических болезней
изучение механизмов болезненного пристрастия человека к некоторым видам токсических веществ, именуемых наркотиками
все указанное верно

К преднамеренным относятся отравления возникшие:

- в результате несчастного случая
- в результате истинного суицида
- в результате самолечения
- в результате алкогольной интоксикации

Какие отравления относятся к категории тяжелых:

- острые
- хронические
- осложненные
- отравления высокотоксичными химическими соединениями

От чего в наибольшей степени зависит распределение яда в организме:

- от количества времени, прошедшего с момента попадания яда
- от пути проникновения яда
- от возраста больного
- от температуры окружающей среды

Какой из указанных методов лечения отравлений относится к усилению естественной детоксикации организма:

- перитонеальный диализ
- детоксикационная лимфорея
- форсированный диурез
- кишечный лаваж

Какой из указанных методов лечения отравлений относится к экстракорпоральной детоксикации:

- лечебная гипервентиляция
- гемодиализ
- кишечный лаваж
- форсированный диурез

Что является абсолютным противопоказанием к промыванию желудка:

- желудочное кровотечение
- экзотоксический шок
- кома
- абсолютных противопоказаний нет

Что является относительным противопоказанием к промыванию желудка:

- желудочное кровотечение
- экзотоксический шок
- кома
- психомоторное возбуждение

В какие сроки от момента попадания яда в организм целесообразно промывание желудка при отравлении кислотами:

- в первые 4-6 часов
- до 12 часов
- от 12 до 24 часов
- в течение первых 3х суток

В какие сроки от момента попадания яда в организм целесообразно промывание желудка при отравлении щелочами:

- в первые 4-6 часов
- до 12 часов
- от 12 до 24 часов
- в течение первых 3х суток

Любая методика форсированного диуреза предусматривает:

- водную нагрузку
- введение диуретика
- заместительную инфузию растворов электролитов
- все указанное

При отравлении каким из перечисленных веществ наиболее эффективен форсированный диурез:

- фенобарбитал
- карбофос
- дихлорэтан
- угарный газ

Противопоказанием к проведению детоксикации методом форсированного диуреза является:

- кома
- экзотоксический шок
- гемолиз эритроцитов
- гепатопатия

Дипироксим является антидотом при отравлении:

- амитриптилином
- стрихнином
- карбофосом
- метиловым спиртом

Унитиол является антидотом при отравлении:

- карбофосом
- солями тяжелых металлов
- этиленгликолем
- этиловым спиртом

Этиловый спирт является антидотом при отравлении:

амитриптилином
солями тяжелых металлов
угарным газом
этиленгликолем

Из прижигающих жидкостей резорбтивное действие характерно для:

неорганических кислот
органических кислот
щелочей
окислителей

Продолжительность фазы резорбции в токсикогенную стадию отравления неорганическими кислотами в среднем составляет:

1-3 часа
3-6 часов
6-12 часов
12-24 часа

Продолжительность фазы резорбции в токсикогенную стадию отравления органическими кислотами в среднем составляет:

1-3 часа
3-6 часов
6-12 часов
12-24 часа

Продолжительность фазы резорбции в токсикогенную стадию отравления щелочами в среднем составляет:

1-3 часа
3-6 часов
6-12 часов
12-24 часа

Острая почечная недостаточность при отравлении органическими кислотами диагностируется, как правило, не ранее:

6-12 часов
12-24 часов
24-36 часов
36-48 часов

При отравлении гемолитическими ядами наиболее оптимальным методом удаления свободного гемоглобина является:

заменное переливание крови
плазмаобмен

гемосорбция
дренирование грудного лимфатического протока

Концентрация этилового спирта, при которой уже вероятно развитие коматозного состояния, составляет:

1 г/л
2 г/л
3 г/л
5 г/л

Длительность токсикогенной стадии при отравлении метиловым спиртом составляет:

12 часов
24 часа
36 часов
свыше 48 часов

При отравлении этиловым спиртом необходимо:

восстановление адекватного дыхания
зондовое промывание желудка
в/в введение растворов глюкозы и гидрокарбоната натрия
все указанное верно

Основным путем элиминации этанола из организма является:

выведение в неизмененном виде через легкие
выведение в неизмененном виде через почки
метаболизм в печени
выведение через желудочно-кишечный тракт

При медикаментозных отравлениях показано:

промывание желудка и очищение кишечника
форсированный диурез
гемосорбция
все указанное верно

Летальный синтез имеет место при отравлении:

дихлорэтаном
угарным газом
анилином
опиатами

Угнетение дыхания преобладает над угнетением сознания при отравлении:

этиловым спиртом
снотворными барбитурового ряда
опиатами
угарным газом

Для отравления ФОС характерно:

- развитие летального синтеза
- наличие в крови метгемоглобина
- наличие в крови свободного гемоглобина
- снижение активности холинэстеразы крови

Латентный период при отравлении бледной поганкой равен:

- 1-2 часа
- 2-4 часа
- 4-6 часов
- более 6 часов

К веществам нефротоксического действия относится:

- этиленгликоль
- дихлорэтан
- бледная поганка
- анилин

К веществам гепатотоксического действия относится:

- этиленгликоль
- дихлорэтан
- этанол
- анилин

Латентный период при отравлении мухомором в среднем составляет:

- 1-3 часа
- 3-6 часов
- 6-12 часов
- 12-24 часа

Проведение гипербарической оксигенации наиболее показано при отравлении:

- ФОС
- угарным газом
- этиловым спиртом
- метиловым спиртом

Осуществлении детоксикации при острых отравлениях методом гемодиализа наиболее эффективно:

- в первые 4-6 часов от момента попадания яда в организм
- через 6-12 часов
- через 12-24 часа
- через 24-36 часов

Развитие гемолиза эритроцитов характерно для отравления:

бледной поганкой
мухомором
сморчками
ложными опятами

Дыхательная недостаточность при острых отравлениях может носить:

неврогенный характер
аспирационно-обтурационный
легочной
любой из перечисленных

Токсический отек легких развивается при отравлении:

окислами азота
этиловым спиртом
метиловым спиртом
угарным газом

Развитие тканевой гипоксии наиболее характерно для отравлений:

ФОС
цианидами
анилином
этиловым спиртом

Для отравлений метгемоглобинообразователями наиболее характерно развитие:

дыхательной гипоксии
циркуляторной
гемической
тканевой

Экзотоксический шок наиболее часто развивается при отравлении:

хлорированными углеводородами
прижигающими жидкостями
медикаментозными препаратами
ФОВ

Экзотоксический шок может развиваться в результате:

истинной гиповолемии
нарушения регуляции сосудистого тонуса
падения сократительной способности миокарда
по любой из указанных причин

Из всего количества смертельных отравлений, отравления алкоголем и его суррогатами составляют:

10%

20%
40%
60%

В желудке всасывается из общего количества принятого алкоголя:

20%
50%
70%
80%

В тонком кишечнике всасывается из общего количества принятого алкоголя:

20%
50%
70%
80%

Летальная доза уксусной эссенции (80% уксусной кислоты) равна:

30 мл
50 мл
80 мл
100 мл

Летальная доза дихлорэтана при пероральном поступлении составляет:

20 мл
40 мл
50 мл
100 мл

При укусе змей семейства гадюковых развиваются:

выраженный отек тканей в месте укуса
гемолиз эритроцитов
тромбо-геморрагический синдром
все указанное верно

1. Какое из перечисленных веществ внутренней среды организма является самым мощным физиологическим антикоагулянтом?

антитромбин III
плазминоген
фибринектин
пластичный фактор 4 (ПФ-4)

2. Один из тромбоцитарных факторов свертывания крови является биологически активным веществом, которое играет существенную роль в развитии различных патологических реакций в организме. Что это за вещество?

кинины
простагландины
гистамин
серотонин

3. Где происходит синтез фибриногена?

в селезенке
в печени
в почках
в красном костном мозге

4. При каком содержании фибриногена в крови мы говорим о гипофибриногенемии?

при 3,5 г/л и ниже
при 1,7 г/л и ниже
при 1,0 г/л и ниже
при 0,5 г/л и ниже

5. Как развитие в организме выраженного воспалительного процесса влияет на концентрацию фибриногена крови?

концентрация возрастает
концентрация снижается
концентрация не изменяется
концентрация снижается только при сочетании воспаления с аллергической реакцией организма

6. Как называется такое состояние, когда вследствие функциональной неполноценности молекулы фибриногена последний под действием тромбина не превращается в фибрин, в результате чего создаются условия для повышенной кровоточивости?

афибриногенемия
гипофибриногенемия
дисфибриногенемия
гиперфибриногенемия

7. Тромбин относится к

протекторам
гормонам
ингибиторам МАО
протеолитическим ферментам

8. Какое из перечисленных веществ является природным ингибитором тромбина?

антитромбин III
гепарин
гирудин
серотонин

9. Какой из компонентов свертывающей системы крови непосредственно осуществляет трансформацию протромбина в тромбин?

тканевой тромбопластин
ионы кальция
проконвертин
конвертин

10. В синтезе протромбина печенью принимает участие определенное вещество, при недостаточности которого снижаются либо уровень протромбина, либо его функциональная полноценность.
Что это за вещество?

кинины
простагландины
ионы кальция
витамин К

11. Из нижеперечисленных веществ выберите препарат, обладающий антикоагулянтной активностью

сформировавшийся фибрин
плазминоген
урокиназа
плазмин

12. Укажите нормальную концентрацию плазминогена (предшественника плазмина или фибринолизина) в плазме крови человека в норме?

0,05 г/л
0,2 г/л
2,0 г/л
в норме плазминоген в плазме крови практически отсутствует

13. Каково нормальное содержание плазмина (фибринолизина) в плазме крови человека?

0,05 г/л
0,2 г/л
2,0 г/л
в норме плазмин (фибринолизин) в плазме крови практически отсутствует

14. В тканях почки образуется активатор плазминогена - урокиназа, способная превращать плазминоген в плазмин и тем самым повышать фибринолитическую активность крови. Аналогичный активатор имеется и в желчи. Назовите его

билокиназа
гепатолаза
холангиолаза
гликогеназа

15. При какой концентрации тромбоцитов в крови принято говорить о тромбоцитопении?

менее 300000 в 1 мкл
менее 250000 в 1 мкл
менее 180000 в 1 мкл
менее 150000 в 1 мкл

16. Как изменяется продолжительность «жизни» тромбоцита, циркулирующего с кровью, на фоне проведения антикоагулянтной терапии?

увеличивается
уменьшается
не изменяется
уменьшается только при проведении параллельной фибринолитической терапии

17. Каков основной пусковой механизм нарушения свертываемости крови при развитии тромбгеморрагического синдрома?

изменение взаимоотношений между стенкой сосудов и клеточными элементами крови
дефицит факторов протромбинового комплекса
избыточное поступление в кровь активаторов плазминогена
усиленное освобождение тканевого или плазменного тромбопластина

18. Из трех фаз свертывания крови

1. Фаза протромбинаобразования
 2. Фаза тромбинообразования
 3. Фаза фибринообразования
- Какая самая продолжительная?

первая
вторая
третья
продолжительность примерно одинакова

19. В некоторых тканях человеческого организма (плацента, сосудистая стенка и др.) содержится большое количество активаторов фибринолиза. Какой субстрат в основном обеспечивает повышенную фибринолитическую активность указанных тканей?

лактатдегидрогеназа
щелочная фосфатаза
урокиназа
билокиназа

20. Какой антикоагулянт имеет наибольшее значение в антикоагулянтной активности крови?

антитромбин III
гепарин
антитрипсин
антикефалин

21. Какое звено свертывания крови страдает в наибольшей степени при гипокальциемии?

переход протромбина в тромбин
переход фибриногена в фибрин

активация тканевого тромбопластина
активация плазменного тромбопластина

22. Для профилактики и лечения ДВС-синдрома (в особенности в первой фазе - гиперкоагуляции) широко применяется гепарин, но при определенных видах нарушений гемостаза его применение мало целесообразно. При каком виде нарушения гемостаза это имеет место?

при дефиците антитромбина III
при уменьшении антигепаринового фактора тромбоцитов
при усиленном освобождении тканевого тромбопластина
при усиленном освобождении плазменного тромбопластина

23. Назовите основное место синтеза гепарина

костный мозг
легкие
печень
тучные клетки

24. Каким образом осуществляется инактивация экзогенного гепарина?

гепарин инактивируется печенью и частично выводится почками
свертывается с белками плазмы и в неактивном состоянии выводится почками
разрушается собственным протамином плазмы
переходит в секреты различных желез и выделяется с секретируемой жидкостью

25. Чем обусловлено противосвертывающее действие гепарина?

антитромбопластиновым влиянием
антипротромбиновым влиянием
антитромбиновым влиянием
всеми тремя перечисленными видами влияний

26. Как влияют на антикоагуляционный эффект гепарина глюкокортикоиды?

повышают
снижают
не изменяют

27. Антагонистом гепарина является протамин сульфат. Из какого субстрата он изготавливается?

из плазмы крови человека
из плазмы крови крупного рогатого скота
из цереброспинальной жидкости человека
из спермы лосося

28. Какое количество единиц действия гепарина нейтрализует 1 мг протамин сульфата?

15 ЕД
45 ЕД

85 ЕД
150 ЕД

29. У больного констатируется резкое ослабление реакции свертывающей системы крови на введение гепарина, дефицитом какого фактора вероятнее всего это обусловлено?

антитромбина III
протромбина
фибриногена
простагландина E

30. Как может повлиять введение тубокураина на свертываемость крови?

снижает
повышает
вызывает существенные разнонаправленные изменения
влияния не оказывает

31. Реополиглюкин является препаратом, улучшающим реологические свойства крови. Каким путем он это осуществляет?

вызывая гемодилюцию
увеличивая электроотрицательный потенциал эритроцитов
связывая фибриноген
путем сочетания перечисленных механизмов

32. Какое влияние на свертывание крови оказывают жировые эмульсии, применяемые для парентерального питания?

вызывают гиперкоагуляцию
вызывают гипокоагуляцию
вызывают разнонаправленные изменения
практически не влияют

33. Какой принцип заложен в основу работы электрокоагулографов, приборов предназначенных для общей оценки свертывания крови?

выявление изменений вязкости крови
выявление изменений реологических свойств крови в целом
выявление изменений поверхностного натяжения крови
выявление изменений электропроводности крови

34. Чему равен протромбиновый индекс?

отношению протромбинового времени донора к протромбиновому времени больного
отношению концентрации протромбина донора к концентрации протромбина больного
соотношению факторов протромбинового комплекса
величине отклонения концентрации протромбина конкретного больного от нормы

35. В клинической практике в качестве препарата воздействующего на систему гемостаза широко используется аспирин (ацетилсалициловая кислота). Каков основной механизм его действия?

антагонистическое воздействие на серотонин
участие в синтезе урокиназы
ингибирование эффектов тромбоцитов
активация липолиза

36. Какой метод введения тромбина наиболее эффективен в целях остановки кровотечения из паренхиматозных органов?

местное воздействие путем аппликаций
внутримышечный
внутривенный
внутриартериальный в артерию, обеспечивающую кровоснабжение кровоточащего участка

37. Основной механизм действия гирудина заключается в

деактивации тканевого тромбопластина
вытеснении витамина К из ферментных систем
инактивации фибриногена
ингибировании тромбина

38. Антиметаболитом витамина К является

гепарин
гирудин
ЭДТА (этилендиаминтетрауксусная кислота)
дикумарин

39. Какое вещество со своеобразным «опосредованным» тромболитическим действием превращает плазминоген в фермент, расщепляющий фибрин?

фибринолизин
стрептаза
контрикал
трипсин

40. Для лечения ДВС-синдрома в стадии выраженной гипокоагуляции широко используют плазму крови, но применение одной из ее разновидностей в данной стадии ДВС-синдрома следует признать малоцелесообразным. О какой плазме идет речь?

нативной
сухой
антигемофильной
свежезамороженной

41. Во сколько раз капиллярная кровь свертывается быстрее чем венозная?

в 2-3 раза
в 4-5 раз
в 6-8 раз
в 9-10 раз

42. Каково функциональное состояние коагуляционного звена системы гемостаза у рожениц при эмболии околоплодными водами на высоте выраженности клинической симптоматики?

нормокоагуляция

гиперкоагуляция

гипокоагуляция

может изменяться как в сторону гипер-, так и гипокоагуляции

43. Что противопоказано переливать при наличии ДВС-синдрома вне зависимости от стадии его развития?

свежегепаринизированную кровь

прямое переливание крови

свежезамороженную плазму

осуществлять реинфузию собственной крови