

Тестовый контроль по элективу «Неотложные состояния в работе врача общей практики»

1. Первичная острая дыхательная недостаточность развивается при:
Аспирации
Острой сердечной недостаточности
Паралитической непроходимости кишечника
Анемическом синдроме
2. Дыхательная недостаточность является гиперкапнической при:
 $PCO_2 > 55$ мм рт.ст.
 $PO_2 > 60$ мм рт.ст.
 $PCO_2 < 45$ мм рт.ст.
 $PO_2 < 60$ мм рт.ст.
3. Вторичная острая дыхательная недостаточность развивается при:
Острой сердечной недостаточности с отеком легких
ЗМЧТ
Двусторонней пневмонии
Иностранном теле верхних дыхательных путей
4. К вентилиционной острой дыхательной недостаточности приводит
Уменьшение дыхательных экскурсий вследствие травмы грудной клетки:
Локальные нарушения бронхиальной проводимости
Изменение легочного кровообращения при эмболии
Нарушение диффузии газов через альвеолярно-капиллярную мембрану
5. К паренхиматозной острой дыхательной недостаточности приводит:
Нарушение диффузии O_2 через альвеолярно-капиллярную мембрану
Угнетение центров, регулирующих дыхание
Уменьшение дыхательных экскурсий при травме грудной клетки
Различные виды асфиксий
6. В стадии субкомпенсации острой дыхательной недостаточности развиваются следующие изменения:
Тахипноэ до 35 в минуту, PO_2 - 60-80 мм рт.ст., PCO_2 – 46-60 мм рт.ст.
Тахипноэ 35-40 в минуту, PO_2 40-60 мм рт.ст., PCO_2 – 60-80 мм рт.ст.
Тахипноэ 30 в минуту, PO_2 - 80-100 мм рт.ст., PCO_2
7. В стадии декомпенсации острой дыхательной недостаточности развиваются следующие изменения:
Тахипноэ 35-40 в минуту, PO_2 40-60 мм рт.ст., PCO_2 – 60-80 мм рт.ст.
Тахипноэ до 35 в минуту, PO_2 - 60-80 мм рт.ст., PCO_2 – 46-60 мм рт.ст.
Тахипноэ 30 в минуту, PO_2 - 80-100 мм рт.ст., PCO_2
Тахипноэ > 40 в минуту, $PO_2 < 40$ мм рт.ст., $PCO_2 > 80$ мм рт.ст.
8. Ведущим клиническим симптомом при острой дыхательной недостаточности является
Диспноэ
Угнетение сознания
Гипотензия
Цианоз
9. При аускультации сердца при тромбоэмболии легочной артерии выслушивается:
Акцент и раздвоение II тона над легочной артерией
Систолический шум во всех точках аускультации
Акцент II тона в точке Боткина-Эрба
Систолический шум на верхушке

10. Одной из причин развития респираторного дистресс-синдрома является
Пневмония
Острый коронарный синдром
Острая левожелудочковая недостаточность
Мерцательная аритмия

11. Начальный период респираторного дистресс-синдрома характеризуется:
Умеренно выраженной одышкой, усилением легочного рисунка на рентгенограмме
Наличием двусторонних инфильтративных теней в легких
Формированием острого легочного сердца
Развитием выраженной артериальной гипоксемии

12. Развернутый период респираторного дистресс-синдрома характеризуется:
Выраженным интерстициальным отеком легких, наличием двусторонних инфильтратов в легких
Усилением легочного рисунка, преимущественно в периферических отделах
Развитием выраженной гиперкапнии
Развитием острого легочного сердца

13. Важнейшим методом диагностики острой дыхательной недостаточности является
Анализ газового состава крови
ЭХО-кг
Катетеризация правых отделов сердца
Ультразвуковое исследование плевральных полостей

14. Нормальный уровень парциального давления кислорода и углекислого газа в артериальной крови:
PO₂- 80-100 мм рт.ст., PCO₂- 35-45 мм рт.ст.
PO₂- 60 мм рт.ст., PCO₂- 40 мм рт.ст.
PO₂- 70-80 мм рт.ст., PCO₂- 40-50 мм рт.ст.

15. Причиной развития вентиляционной дыхательной недостаточности является:
Тяжелая черепно-мозговая травма
Респираторный дистресс-синдром
Пневмония
Сердечная недостаточность

16. Причиной развития паренхиматозной дыхательной недостаточности является:
Респираторный дистресс-синдром
Переломы ребер
Ларингоспазм
Пневмоторакс

17. Состояние, при котором развивается смешанный тип острой дыхательной недостаточности
ХОБЛ
Черепно-мозговая травма
Рассеянный склероз
Миастения

18. Легочное кровотечение представляет собой:
откашливание крови, поступающей в нижние дыхательные пути
откашливание крови, поступающей в верхние дыхательные пути
откашливание крови, поступающей в плевральную полость

19. Легочное кровотечение диагностируется при выделении из дыхательных путей крови в объеме:
>10 мл/сут.
>30 мл/сут.
>50 мл/сут.

>100 мл/сут

20. Массивное легочное кровотечение диагностируется при выделении из дыхательных путей крови в объеме:

>100 мл/сут.

>200 мл/сутки.

>30 мл/час.

21. I степень кровотечения диагностируется при выделении из дыхательных путей крови в объеме:

<300 мл/сут.

<400 мл/сут.

<500 мл/сут.

22. III степень кровотечения диагностируется при выделении из дыхательных путей крови в объеме:

>500 мл/сут.

>600 мл/сут.

>700 мл/сут.

23. В положении на пораженной стороне кашель и выделение крови:

не изменяются

уменьшаются

увеличиваются

24. При впервые возникшем кровохарканье больной:

должен быть госпитализирован

должен оставаться дома, пока кровохарканье не усилится

должен принять аскорутин

должен принять аспирин

25. Часто встречающаяся ошибка при легком кровохарканье:

назначение кровоостанавливающих средств

назначение антибиотиков

назначение муколитиков

26. Диагностический алгоритм при легочном кровотечении обязательно включает:

оценка объема кровопотери, объективный статус, МСКТ легких, коагулограмма

оценка объема кровопотери, объективный статус, позитронно-эмиссионная томография легких, коагулограмма

объективный статус, ультразвуковое исследование легких, рентгенография легких, гастроскопия

27. Ангиопульмонография легких позволяет:

оценить объем кровопотери

оценить функцию правого желудочка

найти источник кровотечения

28. К прямому признаку легочного кровотечения при ангиопульмонографии относится:

выход контрастного вещества за пределы сосудистой стенки

локальное расширение сети бронхиальных артерий

аневризматическое расширение легочных артерий

аневризматическое расширение легочных вен

29. Артерио-венозные аневризмы встречаются:

при болезни Рандю-Ослера

при гранулематозе Вегенера

при туберкулезе

при пневмокониозе

30. Для снижения давления в бронхиальных сосудах при легочном кровотечении используют:
ганглиоблокаторы
антагонисты кальция
сердечные гликозиды

31. Продолжительность медикаментозной гипотонии при легочном кровотечении составляет не менее:
24 часов
48 часов
72 часов

32. При дефиците плазменных факторов свертывания используют:
переливание свежемороженой плазмы
переливание эритроцитарной массы
переливание тромбоцитарной массы
переливание цельной крови

33. При повышенной активности фибринолитической системы назначают:
гепарин
аспирин
дабигатран
аминокапроновую кислоту

34. При кровотечении I степени необходимо провести:
лечебную бронхоскопию
диагностическую бронхоскопию
резекцию части легкого, являющейся источником кровотечения

35. Назовите нормальное систолическое давление в лёгочной артерии:
8-9 мм рт. ст.
25-30 мм рт. ст.
110-120 мм рт. ст.

36. Характеристика одышки при лёгочном сердце
Без ортопноэ, уменьшается при использовании бронхолитиков, кислорода; на одышку не влияют сердечные гликозиды.
Одышка носит инспираторный характер, с ортопноэ, уменьшается при приёме мочегонных препаратов, сердечных гликозидов.

37. Лечение хронического лёгочного сердца должно быть
Ранним, комплексным, лечение должно влиять на различные звенья патогенеза;
Лечение можно отсрочить,
Назначение препаратов без учёта патогенеза;

38. ЭКГ-признаки лёгочного сердца
V1 – расщепленный уширенный комплекс QRS типа rSR, зубец S в отведении I, наличие зубца Q в отведении III;
Элевация сегмента ST, депрессия сегмента ST в противоположных отведениях, наличие патологического зубца Q;
В отведении V1, V2: комплекс QRS уширен по типу QS, элевация сегмента ST.
В отведениях V5, V6: комплекс QRS типа rSR, депрессия сегмента ST, высокий зубец R

39. Ингибиторы АПФ при лёгочном сердце назначаются
При стабильной ЛГ без НК,
С декомпенсированным ХЛС
При стабильной ЛГ без НК, и с декомпенсированным ЛС

40. Критерием астматического статуса является
появление непродуктивного кашля
свистящие хрипы
увеличение в 2-3 раза применения бета2-агонистов короткого действия
41. для 1 стадии астматического статуса характерно
«немое легкое»
в нижних отделах легких дыхание ослаблено у 75% больных
метаболический ацидоз
42. для 2 стадии астматического статуса характерно
«немое легкое»
в нижних отделах легких дыхание ослаблено у 75% больных
метаболический ацидоз
43. стартовая доза преднизолона при 2 стадии астматического статуса составляет:
30мг
60мг
90 мг
44. Для купирования астматического статуса больному потребовалось введение 1000 мг преднизолона. Какова ваша дальнейшая тактика?
отменить преднизолон сразу
продолжить введение 1000 мг преднизолона в течение 48 часов с последующим снижением дозы
уменьшить дозу преднизолона до 500 мг и продолжить введение этой дозы в течение 48 часов с последующим снижением
45. В развитии астматического статуса лежит:
блокада альфа-адренорецепторов
блокада бета-адренорецепторов
46. При астматическом статусе чаще развивается :
гиповолемия
гиперволемия
47. Гиперволемия при астматическом статусе – признак:
благоприятного прогноза
неблагоприятного прогноза
48. При I стадии астматического статуса развивается:
психомоторное возбуждение
заторможенность, психическая подавленность
49. Гипотензия характерна для:
I стадии астматического статуса
II стадии астматического статуса
50. Брадикардия характерна для :
I стадии астматического статуса
II стадии астматического статуса
III астматического статуса
51. Увеличение в 2-3 раза применения бета2-агонистов короткого действия является:
критерием астматического статуса
предвестником развития астматического статуса

52. Применяется ли в терапии астматического статуса гепарин?

да
нет

53. Основным и обязательным компонентом терапии астматического статуса являются:

кортикостероиды
В2-агонисты

54. Критерием прекращения инфузионной терапии астматического статуса является почасовой диурез:

60 мл
80 мл

55. Наиболее частый источник ТЭЛА:

Илиокавальный или илиофemorальный сегмент
Правое предсердие или правый желудочек
Система верхней полой вены

56. Смертность от ТЭЛА без лечения составляет:

15-30%
1-2 %
80-90%

57. Наиболее часто встречающийся симптом при ТЭЛА

Одышка
Боль в груди
Потеря сознания

58. Наиболее характерное положение больного с ТЭЛА:

Чаще горизонтальное, без стремления занять более возвышенное положение или сесть.
Положение ортопноэ
На боку

59. К основным задачам при обследовании больного с подозрением на ТЭЛА не относится:

Оценка продолжительности госпитализации
Оценка клинической вероятности наличия у больного ТЭЛА
Оценка риска (риск смерти связанной с ТЭЛА во время госпитализации или первые 30 дней)

60. К признакам ТЭЛА на ЭКГ не относится:

Патологический Q в V2-V3
S I Q III
Блокада ПНПГ

61. Золотой стандарт неинвазивной диагностики ТЭЛА:

Мультиспиральная компьютерная томография
Ангиопульмонография
Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких

62. Шкала оценки риска смерти больных с ТЭЛА в ближайшие 30 дней:

Индекс PESI
Модифицированный индекс Geneva
Индекс Wells

63. Основа лечения ТЭЛА:

Антикоагулянты
Бета-блокаторы
Ингибиторы АПФ

64. Какой антикоагулянт преимущественно назначается при высоком риске ранней смерти при ТЭЛА?

Нефракционированный гепарин
Низкомолекулярный гепарин
Ривароксабан

65. Тромболитическая терапия показана:

При массивной ТЭЛА с шоком, стойкой гипотонией
При ТЭЛА со стабильной гемодинамикой

66. С учетом эффективности и безопасности предпочтительным режимом тромболитической терапии при ТЭЛА является:

Алтеплаза в/в болюс 10 мг, затем инфузия 90 мг за 2 часа
Стрептокиназа в/в 250 000 ЕД за 30 минут, затем инфузия 100 000 ЕД в час 12-24 часа
Урокиназа в/в 4400 ЕД/кг за 10 минут, затем инфузия 4400 ЕД/кг в час 12-24 часа

67. Продолжительность лечения НМГ, НФГ, фондапаринукса острого эпизода ТЭЛА:

Как минимум 5 суток
Как минимум 2 суток
Как минимум 3 суток

68. К пероральным антикоагулянтам относятся:

Варфарин, апиксабан, дабигатран, ривароксабан
Надропарин, далтепарин
Фондапаринукс

69. Острая сердечная недостаточность - это

Заболевание, характеризующееся нарастанием клинической картины сердечной недостаточности, связанных с нарушением функции сердца
Состояние, которое характеризуется быстрым возникновением и нарастанием клинической картины декомпенсации сердечной недостаточности
Клинический синдром, характеризующийся быстрым возникновением или нарастанием симптомов сердечной недостаточности, связанных с нарушением сердечно-сосудистой системы и требующий экстренного вмешательства

70. Наиболее часто острая сердечная недостаточность является проявлением

Декомпенсации хронической сердечной недостаточности
Впервые развившейся острой сердечной недостаточности
Все вышеперечисленное неверно

71. Какое заболевание чаще всего осложняется острой сердечной недостаточностью

Острый коронарный синдром
Пороки сердца
ТЭЛА
Артериальная гипертензия
Все вышеперечисленное верно

72. Назовите гемодинамические параметры кардиогенного шока

САД<90 мм рт.ст.; СИ<2,2 л/мин/м²; ДЗЛА=16 мм рт.ст
САД<90 мм рт.ст.; СИ<1,8 л/мин/м²; ДЗЛА=18 мм рт.ст
САД<100 мм рт.ст.; СИ<1,8 л/мин/м²; ДЗЛА=14 мм рт.ст

73. Набухание яремных вен в рамках острой сердечной недостаточности характерно для ТЭЛА

Артериальной гипертензии (гипертонический криз)
Декомпенсации хронической сердечной недостаточности

Все вышеперечисленное верно

74. Выраженная систолическая дисфункция левого желудочка по данным эхокардиографии характерна для

Острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности

Острой сердечной недостаточности с артериальной гипертензией (гипертонический криз)

Острой сердечной недостаточности с отеком легких

Кардиогенного шока

Все вышеперечисленное неверно

75. Какой из нижеперечисленных предикторов не входит в оценку острой сердечной недостаточности согласно Канадской классификации

Повышенный уровень NT-proBNP

Повышенный уровень креатинина

Возраст > 75 лет

76. Согласно Европейским рекомендациям по ведению пациентов с сердечной недостаточностью, сохранной фракцией выброса принято считать

ФВ > 60%

ФВ > 50%

ФВ > 55%

77. Согласно Европейским рекомендациям по ведению пациентов с сердечной недостаточностью, промежуточной фракцией выброса принято считать

ФВ = 40%-50%

ФВ = 35%-45%

ФВ = 40%-60%

78. Согласно Европейским рекомендациям по ведению пациентов с сердечной недостаточностью, сниженной фракцией выброса принято считать

ФВ < 35%

ФВ < 40%

ФВ < 45%

79. Назовите первичные критерии высокого риска для инвазивного ведения пациентов с острой сердечной недостаточностью

Почечная недостаточность, ФВ < 40%

Сахарный диабет, АКШ в анамнезе

Повышение тропонина, динамическое изменение ST и T

80. В каком случае при острой сердечной недостаточности необходима интубация

Респираторный дистресс-синдром

Персистирующий респираторный дистресс-синдром

Все вышеперечисленное верно

Все вышеперечисленное неверно

81. Назовите противопоказание для назначения вазодилататоров при острой сердечной недостаточности

САД < 100 мм рт.ст.

Калий плазмы < 3,5 мг/дл

ЧСС < 50 в мин

82. Назовите противопоказание для назначения антагониста ангиотензин рецепторов при острой сердечной недостаточности

Калий плазмы < 3,5 мг/дл

САД < 90 мм рт.ст

ЧСС < 50 уд.мин

Все вышеперечисленное верно

83. Абсолютным противопоказанием для назначения диуретиков при острой сердечной недостаточности является

САД < 85 мм рт.ст

Калий плазмы < 3,5 мг/дл

СКФ < 30 мл/мин/1.73 кв.м

САД < 100 мм рт.ст

Все вышеперечисленное неверно

84. Острая сердечная недостаточность по классификации Killip Class III - это

Кардиогенный шок

Диастолический ритм галопа

Умеренная картина застоя в легких

Все вышеперечисленное неверно

85. Острая сердечная недостаточность по классификации Killip Class II - это

Кардиогенный шок

Картина тяжелого отека легких

Диастолический ритм галопа и умеренная картина застоя в легких

86. Гипертонический криз - это

Состояние с повышением артериального давления выше 140/90 мм рт.ст., сопровождающееся усугублением клинических симптомов, требующее быстрого, контролируемого снижения артериального давления

Состояние с выраженным повышением артериального давления, которое сопровождается усугублением клинических симптомов и требует быстрого, контролируемого снижения артериального давления

Состояние с выраженным повышением артериального давления, которое сопровождается проявлением или усугублением клинических симптомов, связанных с поражением органов-мишеней и требует быстрого, контролируемого снижения артериального давления

87. Что из перечисленного ухудшает прогноз у пациентов с гипертоническим кризом

Молодой возраст

Мочевина сыворотки выше 10 ммоль/л

Наличие гипертензивной ретинопатии 3 степени

Все вышеперечисленное неверно

88. Неосложненный гипертонический криз - это

Состояние с повышенным артериальным давлением при выраженной субъективной и объективной симптоматике

Состояние с повышенным артериальным давлением при минимальной субъективной симптоматике и при наличии поражения органов-мишени

Состояние с выраженным повышением артериального давления при минимальной субъективной и объективной симптоматике

89. Что является триггерным фактором для развития гипертонического криза

Острый гломерулонефрит

Черепно-мозговая травма

Гипертоническая болезнь

Психогенная гипервентиляция

90. К какому фактору риска развития гипертонического криза относится преэклампсия и эклампсия

Предрасполагающий

Триггерный

Предрасполагающий и триггерный

Все вышеперечисленное неверно

91. К триггерным факторам развития гипертонического криза относится

Рефлекторный

Гемодинамический

Ишемический

Все вышеперечисленное верно

92. По классификации Н.А. Ратнера гипертонический криз делится на

Гиперкинетический, гипокинетический, зукинетический

Адреналовый и норадреналовый

Церебральный и кардиальный

93. Как называется гипертонический криз, который характеризуется сниженным сердечным выбросом, повышенным ДАД и склонностью к брадикардии

Гипокинетический

Адреналовый

Гиперкинетический

94. Чем характеризуется норадреналовый тип гипертонического криза

Удовлетворительным самочувствием, отсутствием причин для развития, быстрым и непродолжительным течением (от нескольких минут до 2-6 часов)

Потерями сознания, судорогами вследствие отека мозга, амнезией, развитием кровоизлияния в головной мозг

Постепенным развитием, тяжелым и продолжительным течением (от нескольких часов до нескольких дней)

Увеличенным сердечным выбросом, увеличенным САД, склонностью к тахикардии

95. Чем характеризуется адреналовый тип гипертонического криза

Удовлетворительным самочувствием, отсутствием причин для развития, быстрым и непродолжительным течением (от нескольких минут до 2-6 часов)

Потерями сознания, судорогами вследствие отека мозга, амнезией, развитием кровоизлияния в головной мозг

Постепенным развитием, тяжелым и продолжительным течением (от нескольких часов до нескольких дней)

96. Гиперкинетический тип гипертонического криза - это

Повышенный показатель ДАД, склонность к брадикардии с сочетанием сниженного уровня сердечного выброса

Повышенные показатели САД и ДАД с сочетанием нормального уровня сердечного выброса

Повышенный уровень САД, склонность к тахикардии с сочетанием увеличенного показателя сердечного выброса

97. Основой выбора тактики ведения пациента с гипертоническим кризом является

Наличие поражения органов-мишени

Первичный контроль артериального давления

Тип гипертонического криза

Все вышеперечисленное верно

98. Контроль артериального давления при неосложненном гипертоническом кризе включает в себя

Постепенное снижение артериального давления в течение

2-6 часов

Снижение артериального давления на 15%-25% от исходного в течение 30-120 мин

Быстрое снижение артериального давления в течение 2-6 часов

99. Контроль артериального давления при осложненном гипертоническом кризе включает в себя

Быстрое достижение целевого уровня артериального давления 160/100 мм рт.ст.

Быстрое снижение артериального давления в течение 30-120 мин на 15%-25% от исходного
Постепенное снижение артериального давления на 15%-25% от исходного

100. Назовите целевые цифры систолического артериального давления при гипертоническом кризе вследствие субарахноидального кровотечения

САД<150 мм рт.ст.

САД<160 мм рт.ст.

САД<170 мм рт.ст.

101. Какая комбинация препаратов рекомендуется при гипертоническом кризе вследствие феохромоцитомы

Фентоламин+Б-адреноблокатор

Фентоламин+Урапидил

Урапидил+Б-адреноблокатор

102. При гипертоническом кризе вследствие острого нарушения мозгового кровообращения ишемического генеза рекомендуется назначение

Урапидил/Нитропруссид

Эсмолол/Урапидил

Эналаприлат/Урапидил

103. Наиболее частой причиной расслоения аорты является:

Пожилой возраст

Артериальная гипертония

Врожденные дефекты развития соединительной ткани

104. В развитии расслоения аорты главную роль играют изменения:

Интимы

Медии

Адвентиции

105. К первому типу расслоения аорты по Дебейки относится:

Расслоение восходящей аорты, распространяющееся на дугу и часто на грудной и брюшной отделы аорты

Расслоение только восходящей аорты, достигающее только иногда устьев сосудов

Расслоение нисходящей, грудной аорты, распространяющееся дистально до диафрагмы или на брюшную аорту

106. Боль при расслоении аорты характеризуется:

Максимальной выраженностью в самом начале расслоения аорты

Волнообразностью

Максимальной выраженностью через 4-6 часов от начала расслоения аорты

107. При физикальном обследовании больного с расслоением аорты можно выявить:

Диастолический шум на аорте

Диастолический шум на верхушке

Диастолический шум над трикуспидальным клапаном

108. При перкуссии легких у пациента с расслоением аорты отмечается:

Притупление перкуторного звука и ослабление дыхания (справа или слева)

Крепитация

Бронхиальное дыхание

109. Какие типы расслоения аорты по Дебейки в настоящее время относят к проксимальному типу (типу Б) по Стенфордской классификации?

Тип I

Тип II

Тип III

110. Острым расслоение аорты считается при:

- Расслоении аорты в течение 6 часов
- Расслоении аорты в течение одной недели
- Расслоении аорты в течение двух недель

111. Ведущим и самым частым начальным признаком острого расслоения аорты является:

- Потеря сознания
- Боль в грудной клетке
- Отек легких

112. АД при расслоении аорты чаще всего:

- Сохраняется нормальным
- Снижается
- Повышается

113. Наличие данных за острый инфаркт миокарда:

- Исключает расслоение аорты
- Может быть осложнением расслоения аорты
- Не встречается при расслоении аорты

114. Летальный исход при расслоении аорты обусловлен

- Разрывом интимы
- Образованием интрамуральной расслаивающей гематомы с распространением расслоения и разрывом аорты
- Сосудистыми осложнениями

115. Начальным терапевтическим мероприятием при расслоении аорты являются:

- Профилактика жизнеугрожающих аритмий
- Снижение АД
- Увеличение диуреза

116. Препаратами первой линии для снижения АД являются:

- Антагонисты кальциевых каналов
- Ингибиторы АПФ
- Бета-блокаторы

117. При неэффективности бета-блокаторов показаны:

- Антагонисты кальциевых каналов
- Ингибиторы АПФ
- Нитропруссид натрия

118. При подозрении на расслоение аорты оптимальным методом визуализации является:

- Аортография
- МРТ
- МСКТ с контрастированием

119. Причиной болей спереди за грудиной при расслоении аорты могут быть:

- Компрессия коронарных артерий при распространении расслоения аорты на корень аорты
- Развитие гемоторакса
- Развитие гемоперикарда

120. Для лечения предсердной экстрасистолии препаратом выбора является:

- Лидокаин
- Пропранолол
- Хинидин

121. Для лечения тахисистолической формы фибрилляции предсердий препаратом выбора является:

Амиодарон
Дигоксин
Атенолол
Все правильно

122. Для лечения реципрокной атрио-вентрикулярной тахикардии препаратом выбора является:

АТФ
Мексилетин
Аспирин

123. Для лечения желудочковой экстрасистолии препаратом выбора является:

Бисопролол
Верапамил
Лидокаин

124. Для лечения желудочковой тахикардии препаратом выбора является:

Мексилитин
Дилтиазем
Соталол

125. Для лечения желудочковой тахикардии типа «пируэт» препаратом выбора является:

Сернокислая магнезия
Пропафенон
Флекаинид

126. Для лечения желудочковой тахикардии типа «пируэт» препаратом выбора является:

Метопролол в/в
Хинидин внутрь
Пропафенон в/в

127. Для предсердной тахикардии характерно:

Наличие измененного зубца Р, нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS
Наличие измененного зубца Р, регулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS
Отсутствие зубца Р, нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS

128. Для атриовентрикулярной тахикардии характерно:

Наличие зубца Р перед желудочковым комплексом, блокада левой ножки пучка Гиса
Отсутствие зубца Р перед желудочковым комплексом, нормальный комплекс QRS
Наличие зубца Р перед желудочковым комплексом, блокада правой ножки пучка Гиса

129. Для желудочковой тахикардии характерно:

Нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS
Регулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS
Регулярный ритм желудочков, широкий комплекс QRS

130. Как называется классификация желудочковой экстрасистолии?

по Лауну
по Дебейки
по Дюрозье
по Бокерии

131. Какая желудочковая экстрасистолия называется ранней:

Желудочковый комплекс экстрасистолы наслаивается на зубец Т предшествующего синусового сокращения

Есть интервал между желудочковым комплексом экстрасистолы и зубцом Т предшествующего синусового сокращения
Желудочковый комплекс экстрасистолы наслаивается на зубец R предшествующего синусового сокращения

132. Для пароксизма фибрилляции предсердий, развившегося на фоне синдрома WPW характерно:
Наличие зубца Р, нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS
Отсутствие зубца Р, регулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS
Наличие волн f, нерегулярный ритм желудочков, нормальный комплекс QRS
Наличие волн f, нерегулярный ритм желудочков, широкий комплекс QRS

133. К осложнениям постоянной формы фибрилляции предсердий относятся:
Развитие хронической сердечной недостаточности
Развитие инфекционного эндокардита
Развитие аортального стеноза

134. К осложнениям постоянной формы фибрилляции предсердий относятся:
Развитие ОНМК
Развитие перикардита
Развитие митрального стеноза

135. К немедикаментозным методам лечения пароксизмальной фибрилляции предсердий относятся:
Электроимпульсная терапия
Имплантация электрокардиостимулятора
Магнитолазерная терапия

136. Показанием к проведению электроимпульсной терапии при суправентрикулярных тахикардиям является:
Дискомфорт в области сердца
острая левожелудочковая недостаточность
чувство страха у пациента

137. Анальгетическая нефропатия - это
хронический лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит
острый лекарственный тубулоинтерстициальный нефрит
хронический гломерулонефрит

138. Основными клиническими признаками анальгетической нефропатии являются все, кроме:
полиурия
повышение относительной плотности мочи
умеренный мочевого синдром
артериальная гипертензия

139. Основным скрининговым обследованием при подозрении на анальгетическую нефропатию является:
анализ мочи по Нечипоренко
анализ мочи по Зимницкому
проба Реберга

140. Мочевой синдром при анальгетической нефропатии включает:
умеренную протеинурию, микрогематурию, «стерильную» лейкоцитурию
массивную протеинурию, макрогематурию, «стерильную» лейкоцитурию
умеренную протеинурию, лейкоцитурию, бактериурию

141. При КТ почек характерным признаком анальгетической нефропатии является:
нарушение дифференциации коркового и мозгового вещества

кисты почек
кальцификация почечных сосочков

142. Для анальгетической нефропатии характерен следующий вид протеинурии:
преренальная (протеинурия переполнения)
канальцевая
клубочковая
постренальная

143. Наиболее частыми причинами лекарственных поражений почек являются
лечение аминогликозидными антибиотиками
назначение осмотических диуретиков
применение антагонистов медленных кальциевых каналов

144. К острым лекарственным поражениям почек не относятся:
острый интерстициальный нефрит (ОИН) - неолигурическая ОПН
острый канальцевый некроз - олигурическая ОПН;
острый пиелонефрит

145. Основной механизм нефропатии при лечении НПВС
Угнетение синтеза простагландинов из арахидоновой кислоты
Интерстициальное воспаление
Отложение иммунных депозитов в базальной мембране

146. Самой частой причиной медикаментозного поражения почек с ОПН и летальным исходом является применение
аминогликозидов
НПВС
Рентгеноконтрастных средств

147. Развитие острого медикаментозного канальцевого некроза чаще всего связано с применением таких антибиотиков как
цефалоспорины
макролиды
аминогликозиды

148. Способом профилактики рентгеноконтрастной нефропатии является
Назначение осмотических диуретиков перед исследованием
Введение антагонистов кальциевых каналов
Введение низкомолекулярных растворов перед исследованием

149. Основным механизмом развития нефропатии при использовании сульфаниламидных НПВС является
Кристаллизация препарата в канальцах
Интерстициальное воспаление
Спазм приносящей артериолы клубочка

150. Чем вызвана постренальная ОПН
Обструкцией мочевых путей
Воспалением в почечной паренхиме
Заболеваниями печени

151. Что не приводит к внепочечной обструкции ?
Окклюзия мочеиспускательного канала
Опухоли мочевого пузыря , предстательной железы , органов таза
Внутрипочечная обструкция кристаллами мочевой кислоты
Закупорка мочеточника камнем

152. Стадии ОПН все, кроме:

Начальная
Терминальная
Олигурическая
Полиурическая
Восстановления

153. Какая длительность стадии олигурии

От 5-11 суток
От 16-12 месяцев

154. Какая длительность стадии полигурии

От 5-11 суток
От 16-12 месяцев

155. Лабораторным признаком ОПН не является

Азотемия
Ацидоз
Алкалоз
Гиперкалиемия

156. Основной метод лечения больных с ОПН

Пересадка почек
Гемодиализ
Перитонеальный диализ

157. Диализующий раствор подбирается индивидуально, в зависимости от содержания в крови ?

Стандартных бикарбонатов крови
Электролитов крови
рН-крови

158. Показание к гемодиализу

Скорость клубочковой фильтрации менее 5 мл/мин.
Метаболический алкалоз
Начинающийся отек легких

159. Осложнения гемодиализа все, кроме

Метаболический ацидоз
Инфицирование вирусным гепатитом
Знагноение в области шунта
Эпизоды гипотензии

160. Перитонеальный диализ, в отличие от гемодиализа, способствует уменьшению в крови

Содержания стандартных бикарбонатов
Буферных оснований
Среднемолекулярных пептидов

161. ЭКГ-признак гиперкалиемии

высокий положительный зубец «Т»
отрицательный зубец «Т»

162. Повышение какого уровня К в плазме крови опасно для жизни?

8 мкЭв/л
6 мкЭв/л

163. ЭКГ-признак гипокалиемии

снижение сегмента ST
высокий положительный зубец «Т»

164. Назовите продолжительность периода восстановления диуреза
в среднем 7 дней
в среднем 20 дней

165. Основной причиной В12-дефицитной анемии является:
Атрофический гастрит
Рак желудка
Субтотальная резекция желудка

166. При какой гемолитической анемии можно переливать эритромассу?
Приобретенной аутоиммунной анемии с тепловыми гемолизинами
Наследственной микросфероцитарной анемии
Приобретенной аутоиммунной анемии с холодowymi гемолизинами

167. При какой анемии характерным клиническим симптомом может быть гепатоспленомегалия?
Апластическая анемия
Железodefицитная анемия
Мегалобластная анемия

168. При острой кровопотере снижение гемоглобина отмечается:
В первые 24 часа
В первые 6 часов
В первые 12 часов

169. Наиболее ранним показателем дефицита железа в организме является
Снижение сывороточного железа
Снижение ферритина
Снижение насыщения трансферрина железом

170. Характерными синдромами при железodefицитной анемии являются
Погофагия, геофагия
Выраженная сонливость
Появление синяков на коже

171. Какой этап диагностики анемии у пожилых людей может оказаться трудным?
Установление факта наличия анемии
Определение патогенетического типа
Установление причины анемии

172. У кого реже встречается железodefицитная анемия?
У женщин репродуктивного возраста
У лиц пожилого возраста
У беременных женщин

173. Какой патогенетический тип анемии наиболее часто встречается в клинической практике?
Железodefицитная анемия
Мегалобластная анемия
Гемолитическая анемия

174. У лиц пожилого возраста анемии могут протекать:
Бессимптомно
Сопровождаться желтушностью кожных покровов

Проявляться симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы (одышка, стенокардия напряжения и т.д.)

175. Эффективность лечения витамином В12 отражает:

Цветной показатель

Сывороточное железо

Ретикулоциты крови

176. Повышение ретикулоцитов характерно для:

Гемолитической анемии

Мегалобластной анемии

Апластической анемии

177. Фуникулярный миелоз (парестезии, боли в ногах, онемение) являются специфическим проявлением анемии:

Наследственных и приобретенных гемолитических

Фолиево-дефицитной

В12-дефицитной

178. Септицемия может быть проявлением:

Наследственной микросфероцитарной анемии

Железодефицитной анемии

Апластической анемии

179. Геморрагический синдром может быть специфическим проявлением анемии:

В12-дефицитной

Апластической

Железодефицитной

180. Положительная проба Кумбса характерна для анемии:

Наследственной микросфероцитарной

Приобретенной аутоиммунной гемолитической анемии

Анемии хронических заболеваний

181. Какая причина часто приводит к развитию железодефицитной анемии у взрослых?

Недостаточное поступление железа с пищей

Нарушение всасывания железа

Повышение потери железа (кровотечения из ЖКТ и т.д.)

182. Гепарин-индуцированная тромбоцитопения...

... связана со стрептококковой инфекцией

... приводит к тромбозам

... может развиваться спустя полгода после применения гепарина

... развивается при повторном введении гепарина в течение 3 месяцев

183. При неэффективности гепарина нужно

ввести препарат плазмы крови

измерить концентрацию антитромбина

измерить размер тромбоцитов (MPV)

184. Какой препарат останавливает кровотечение?

Транексам

Интегрилин

Фрамон

185. Какой препарат способствует стабилизации тромба?

Кардура

Эзетимиб
Транексам
Прадакса

186. Для чего используется шкала CHA2DS2-Vasc?

Расчёт дозы варфарина

Расчёт риска кровотечения при приёме антикоагулянтов

Расчёт риска ТЭЛА при тромбозе глубоких вен нижних конечностей

Расчёт риска инсульта при фибрилляции предсердий

187. Для чего используется шкала HAS-BLED?

Расчёт риска ТЭЛА при тромбозе глубоких вен нижних конечностей

Расчёт риска кровотечения при приёме антикоагулянтов

Расчёт риска инсульта при фибрилляции предсердий

Расчёт дозы варфарина

188. Почему атеротромбоз и венозный тромбоз называют патологическими?

Они приводят к патологическим состояниям

Они обусловлены патологией гемостаза

189. Какие геморрагии характерны для патологии тромбоцитов?

Мелкие, подкожные, петехии

Внутрисуставные

Лёгочные

190. Чем отличается кровотечение от кровоизлияния?

Локализацией относительно черепной коробки

Интенсивностью

Отношением к внешней среде

Участием тромбоцитарного или плазменного путей гемостаза

191. Что делать при не останавливаемом кровотечении на фоне терапии варфарином, МНО 7,5

Трансфузия плазмы крови

Введение протамина

Введение гепарина

Оксигенотерапия

192. О чём свидетельствует МНО 1,0 на фоне терапии варфарином?

Об эффективности терапии

О неэффективности терапии

МНО не имеет отношения к варфарину

О риске кровотечения

193. Существует ли антидот препаратов блокаторов фактора Ха?

Нет, находится в разработке

Да

Его создание невозможно

194. Какова причина тромбоэмболии на фоне терапии аспирином?

Недостаточная доза аспирина

Недостаточный контроль МНО

Недостаточный контроль АЧТВ

Неправильный патогенетический подход к назначению

195. Выберите кровоостанавливающий препарат

Транексам

Актилизе

Антифомсилан
Лепирудин
Эликвис

196. Выберите антидот гепарина

Протамин
Викасол
Аценокумарол
Ремикейд

197. Печеночная энцефалопатия формируется вследствие

Печеночно-клеточной недостаточности
Синдрома холестаза
Гепато-ренального синдрома
Гепато-пульмонального синдрома

198. Основными пусковыми агентами патогенеза печеночной энцефалопатии являются

Мочевина
Креатинин
Билирубин
Аммиак, ГАМК, ароматические аминокислоты

199. Основными клиническими проявлениями энцефалопатии являются

Нарушение сознания, личности, интеллекта, речи
Маниакально-депрессивные состояния
Делириозные состояния
Полная арефлексия

200. Что противопоказано при лечении печеночной энцефалопатии?

Фенобарбитал
Гепамерц
Лактулоза
Рифаксимин
Соталол

201. В первой стадии печеночной энцефалопатии возникает:

Инверсия сна
Нарушение функции тазовых органов
Угнетение сознания
Отсутствие реакции на любые раздражители

202. Диагноз острой печеночной недостаточности устанавливается при сроке от начала заболевания:

От 7 дней до 26 недель
От 26 недель до года
От 9-12 месяцев

203. Лабораторные параметры, имеющие прогностическое значение при острой печеночной недостаточности

Удлинение протромбинового времени и повышение МНО
Повышение АСТ, АЛТ
Снижение тромбоцитов
Повышение ЩФ и общего билирубина

204. Специфическим антидотом при передозировке ацетаминофеном является:

N- ацетилцистеин
Лактулоза

Гептрал
Омепразол

205. Наличие везикулярной сыпи у пациента с острой печеночной недостаточностью может говорить о:

Герпетической инфекции
Аутоиммунном гепатите
Первичном билиарном циррозе
Болезни Вильсона-Коновалова

206. Для острой печеночной недостаточности наиболее характерно развитие:

Гипокалиемии, гипофосфатемии
Повышения уровня гемоглобина и эритроцитов
Гипоаммониемии
Гипернатриемии

207. Наиболее чувствительным тестом для острого почечного повреждения при острой печеночной недостаточности является

Анализ азота мочевины в крови
Уровень мочевой кислоты
Гипокалиемия, гипонатриемия
Повышение уровня креатинина крови

208. Самый высокий уровень цитолиза, как правило, наблюдается при:

Ишемическом повреждении печени
Острой жировой болезни беременных
Алкогольном гепатите
Токсическом влиянии тетрациклина

209. Кольца Кайзера-Флейшнера могут говорить о:

Болезни Вильсона-Коновалова
Гемохроматозе
Первичном билиарном циррозе
Аутоиммунном гепатите

210. Уровень церрулоплазмина определяется при:

Болезни Вильсона-Коновалова
Гемохроматозе
Первичном билиарном циррозе
Аутоиммунном гепатите

211. Биопсия печени при острой печеночной недостаточности проводится:

После проведенного лабораторного и инструментального дообследования, в случае невыясненной этиологии
До проведения лабораторного и инструментального обследования
При подозрении на ишемическое повреждение печени
При подозрении на HELLP синдром

212. Перед применением N- ацетилцистеина в качестве антидота парацетамола применяется следующий препарат:

Активированный уголь
Физиологический раствор
Ацетилсалициловая кислота
Омепразол

213. Для лечения гипераммониемии применяется:

L-орнитин

Физиологический раствор
Адсорбенты
Викасол

214. По какой шкале оценивается дисфункция органов при сепсисе?

SOFA
TORCH
SCORE
CHA2DS2

215. Является ли гипотония признаком шока при сепсисе?

Да
Нет

216. Ключевой патогенетический компонент синдрома полиорганной недостаточности

Выход в кровоток некротического детрита
Поражение аэрогематического барьера
Транслокация бактерий и токсинов кишечника в кровоток
Анемия

217. Какова летальность при СПОН на фоне сепсиса?

5-10%
100%
40-70%
20%

218. Шкалы для оценки степени полиорганной недостаточности

MODS и SOFA
SCORE и HAS-BLED
GRACE и SCORE
MODS и GRACE

219. Выберите критерий, не соответствующий значению «дисфункция органа» по шкале MODS

$PaO_2/FiO_2 \geq 250$
Повышение уровня тромбоцитов на $\geq 25\%$
Показатель по шкале комы Глазго ≥ 12

220. Выберите критерий, не соответствующий значению «недостаточность органа» по шкале

MODS
 $PaO_2/FiO_2 < 250$
Геморрагический диатез
Показатель по шкале комы Глазго ≤ 8
Необходимость добутамина 5 мкг/кг в минуту для поддержания АД

221. Существует ли хронический ДВС-синдром?

Нет
Да

222. Причина развития геморрагий при ДВС-синдроме?

Гиперфункция тромбоцитов
Дисфункция тромбоцитов
Истощение количества факторов свёртывания
Анемия

223. В какой ситуации часто возможен хронический ДВС-синдром?

Он невозможен в принципе
При онкологической патологии

При злоупотреблении алкоголем
При терапии аспирином

224. О чём свидетельствует повышение уровня Д-димера?

О наличии тромбоэмболии
О коагулопатии потребления
О протекающей тромбозе
Исключает тромбоэмболию

225. Какие изменения эритроцитов характерны для ДВС-синдрома?

Микроцитоз
Сфероцитоз
Пойкилоцитоз
Ретикулоцитоз

226. Профилактика кровотечений при ДВС-синдроме проводится

Свежезамороженной плазмой
Антифибринолитическими средствами
Тромбоцитарной массой

227. Почему при ДВС-синдроме противопоказано введение фибринолитических средств?

Высокий риск тромбозов после введения
Высокий риск кровотечения после введения
Возможна аллергическая реакция

228. Является ли тромбоцитопения $50 \times 10^9/\text{л}$ противопоказанием к назначению антикоагулянтов?

Нет
Да

229. Основные цели при лечении острой дыхательной недостаточности

Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей
Нормализация транспорта кислорода
Этиотропная терапия
Повышение нагрузки на аппарат дыхания

230. К критериям респираторного дистресс-синдрома относят:

Двусторонние инфильтраты в легких на рентгенограмме
Острое начало
Отсутствие симптомов легочной гипертензии
Характерные изменения сегмента ST на ЭКГ

231. Острая дыхательная недостаточность при пневмонии может быть обусловлена:

Воспалительным поражением одной или нескольких долей легких
Диссеминированным или сливным поражением легких
Развитием парапневмонического плеврита
Появлением очагов деструкции легочной ткани

232. Что входит в критерии синдрома острой печеночной недостаточности?

Гепато-ренальный синдром
Острое печеночное повреждение
Печеночная энцефалопатия
Коагулопатия

233. К классификационным критериям HELLP синдрома относят:

Гипоальбуминемию
Тромбоцитопению
Повышение АСТ, АЛТ

Повышение ЛДГ

234. Острое ишемическое повреждение печени может развиваться при

При приеме алкоголя

При острой сердечной недостаточности

При приеме наркотических препаратов

После остановки сердечной деятельности

235. Перечислите вторичные критерии высокого риска для инвазивного ведения пациентов с острой сердечной недостаточностью

Динамическое изменение ST и T

Сахарный диабет

Почечная недостаточность

Снижение ФВ<50%

Недавно выполненное ЧКВ

Все вышеперечисленное верно

236. Какая группа препаратов не назначается пациентам с острой сердечной недостаточностью при СКФ<30 мл/мин/1.73 кв.м

Диуретики

И-АПФ

Антагонисты рецепторов ангиотензина II

Вазодилататоры

Антагонисты альдостерона

237. Какая группа препаратов не назначается пациентам с острой сердечной недостаточностью при Калий плазмы>5,5 мг/дл:

Б-адреноблокаторы

И-АПФ

Антагонисты рецепторов ангиотензина II

Антагонисты ангиотензин рецепторов

Антагонисты альдостерона

238. Что из перечисленного ухудшает прогноз пациентов с гипертоническим кризом

Молодой возраст

Длительная артериальная гипертензия

Наличие гипертензивной ретинопатии 2 степени

Пожилым возраст

Повышение креатинина сыворотки крови

239. Наиболее часто гипертонический криз осложняется

Острым коронарным синдромом

Острой сердечной недостаточностью

Острым нарушением мозгового кровообращения

Гипертонической энцефалопатией

Расслоением аорты

240. Наиболее частыми проявлениями гипертонического криза являются

Головная боль

Болевой синдром в грудной клетке

Головокружение

Психомоторное возбуждение

Тошнота

Неврологический дефицит

241. Хирургическое лечение показано при:

Острым проксимальным расслоением

Неосложненном дистальном расслоении

Остром дистальном расслоении с вовлечением жизненно важных органов, разрывом или угрозой разрыва аорты

Выраженном болевом синдроме

242. Хирургическое лечение противопоказано при:

Стабильном локальном расслоении дуги аорты

Неосложненном дистальном расслоении

Синдроме Марфана

Остром проксимальном расслоении

243. Какие типы расслоения аорты по Дебейки в настоящее время относят к проксимальному типу (типу А) по Стенфордской классификации?

Тип I

Тип II

Тип III

Нет правильного ответа

244. В первый день после острой кровопотери (стадия рефлекторно-сосудистой компенсации) какие показатели изменяются?

Гемоглобин

Тромбоциты

Лейкоциты

MCV

245. При каких анемиях характерна желтушность кожных покровов?

Апластическая

Мегалобластная

Железодефицитная

Гемолитическая

246. При каких из указанных анемий может быть гипохромия эритроцитов?

Наследственная микросфероцитарная

Мегалобластная

Сидеробластная

Анемия хронических заболеваний

247. Лечение легочного кровотечения включает:

остановку кровотечения

восстановление проходимости дыхательных путей

подавление кашля

повышение фибринолитической активности крови

248. Лечение легочного кровотечения включает:

борьбу с анемией

снижение давления в легочных и бронхиальных артериях

повышение свертывания крови

повышение антикоагулянтной активности крови

249. К хирургическим методам лечения легочного кровотечения относятся:

тампонада бронха баллонным катетером

резекция части легкого

перевязка легочной артерии

прошивание главного бронха

250. К осложнениям постоянной формы фибрилляции предсердий относятся:

Развитие ОНМК

Развитие ТЭЛА
Развитие ХСН
Развитие стеноза митрального клапана

251. Какие препараты относятся к оральным антикоагулянтам:

Фраксипарин
Дельтапарин
Варфарин
Апиксабан
Дабигатран

252. При тахикардии с широким желудочковым комплексом на ЭКГ можно зарегистрировать:

Блокаду передней ветви левой ножки пучка Гиса
Блокаду задней ветви левой ножки пучка Гиса
Полную блокаду левой ножки пучка Гиса
Полную блокаду правой ножки пучка Гиса

253. К «Малым» критериям диагноза анальгетической нефропатии относятся:

Наличие любого хронического болевого синдрома;
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в анамнезе;
Ежедневный прием анальгетиков в течение более, чем 1 года;
Особенности личности – депрессия, склонность к ипохондрии;
Клинические признаки хронического ТИН.

254. В анализе мочи по Зимницкому при анальгетической нефропатии наблюдаются следующие изменения:

Снижение относительной плотности мочи;
Повышение относительной плотности мочи;
Преобладание ночного диуреза над дневным;
Уменьшение суточного объема мочи.

255. Клиническими признаками анальгетической нефропатии являются следующие:

Полиурия
Никтурия
Олигурия
Гипостенурия
Полидипсия

256. К хроническим лекарственным поражениям почек относятся:

синдром Фанкони;
калийпеническая почка
хронический гломерулонефрит

257. Чаще всего лекарственные поражения почек связаны с применением

антибиотиков
ненаркотических анальгетиков
диуретиков
Рентгеноконтрастных веществ

258. Развитие острого интерстициального нефрита могут вызвать такие виды диуретиков как

спиронолактоны
фуросемид
тиазиды

259. Для преренальной ОПН характерно:

Уменьшение сердечного выброса
Внутри и внепочечная обструкция мочевых путей

Системная вазодилатация
Секвестрация жидкости в тканях
Обезвоживание

260. Принципы лечения гиперкалиемии

Бикарбонат натрия

20% -40% глюкоза

10 % глюконат Са

Увеличение белка в пище

261. Фазы периода восстановления диуреза:

Начальный диурез (500 мл за сутки)

Фаза полиурии (диурез больше 1800 мл за сутки)

Анурия

262. Признаки ТЭЛА при ЭХО КГ :

Дилатация левого предсердия

Выбухание межжелудочковой перегородки в сторону левых отделов

Расширение правых отделов сердца

263. Факторами риска ТЭЛА являются:

Артериальная гипертензия

Лапароскопическая хирургия

Центральный венозный катетер

264. Признаки легочной гипертензии и острого легочного сердца:

Расширение границ сердца влево

Акцент и раздвоение II тона на легочной артерии

Набухание и пульсация шейных вен