

П а с п о р т д е п о з и т а

1	Кафедра	Факультетской терапии педиатрического факультета
2	Факультет	Педиатрический
3	Адрес (база)	ГБУЗ ГКБ №13 ДЗМ, Велозаводская ул., 1/1, стр. 15, 7 этаж
4	Зав. кафедрой	Профессор, д.м.н. Федулаев Ю.Н.
5	Ответственный составитель	Ассистент кафедры Макарова Ирина Владимировна
6	E-mail	makarova@medicom77.ru
7	Моб. телефон	+7-905-575-88-22
8	Кабинет №	701
9	Учебная дисциплина	Факультетская терапия, профессиональные болезни
10	Учебный предмет	Факультетская терапия, профессиональные болезни
11	Учебный год составления	2020/2021
12	Специальность	Педиатрия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	7. Реанимация
15	Тема	1. Неотложные состояния. Принципы СЛР.
16	Подтема	1
17	Количество заданий	100
18	Тип задания	Single
19	Формируемые компетенции	ОПК-1, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-20
16	Подтема	2
17	Количество заданий	60
18	Тип задания	Multiple
19	Формируемые компетенции	ОК-1, ОК-5, ОПК-1, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

С п и с о к з а д а н и й

1	1			
1		Наиболее ранним признаком остановки кровообращения является:		
		Отсутствие пульса на сонных артериях		
		Отсутствие самостоятельного дыхания		
		Широкие зрачки		
		Отсутствие сознания		
2		При потере сознания у пациента, в первую очередь, необходимо проверить:		

	Пульс на сонных артериях		
	Реакцию зрачков на свет		
	Наличие самостоятельного дыхания		
	Пульс на лучевой артерии		
3	Максимальное расширение зрачков при первичной остановке кровообращения проявляется через:		
	30-60 секунд		
	5-10 секунд		
	15-20 секунд		
	2-3 минуты		
4	Наиболее часто при клинической смерти остановка кровообращения проявляется на ЭКГ:		
	Фибрилляцией желудочков		
	Полной атриовентрикулярной блокадой		
	Асистолией		
	Синусовой тахикардией		
5	Продолжительность клинической смерти (без проведения реанимационных мероприятий) при обычных условиях внешней среды составляет:		
	5 минут		
	1 минуту		
	3 минуты		
	15 минут		
6	Ранним признаком биологической смерти является:		
	Положительный симптом «кошачьего зрачка»		
	Отсутствие сознания		
	Трупное окоченение		
	Асистолия		
7	О правильности выполнения искусственного дыхания свидетельствует:		
	Наличие экскурсии грудной клетки		
	Видимое выбухание в эпигастрии		
	Парадоксальный пульс на сонных артериях		
	Видимое набухание шейных вен		

8	О правильности выполнения непрямого массажа сердца свидетельствует:		
	Наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки		
	Видимое набухание шейных вен		
	Перелом ребер		
	Наличие пульса на лучевой артерии		
9	Об эффективности выполнения непрямого массажа сердца свидетельствует:		
	Восстановление рефлексов и сужение зрачков		
	Отсутствие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки		
	Сухие склеры глазных яблок		
	Регистрация артериального давления 40/0 мм рт.ст.		
10	Компрессия грудной клетки при непрямом массаже сердца у взрослых выполняется с частотой:		
	Не менее 100 в минуту		
	40-50 в минуту		
	60-80 в минуту		
	120-130 в минуту		
11	Если на мониторе электрического дефибриллятора регистрируется асистолия, следует:		
	Начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, ввести внутривенно или эндотрахеально адреналин		
	Начать закрытый массаж сердца, внутривенно или внутрисердечно ввести лидокаин, адреналин и кальция хлорид		
	Провести электрическую дефибрилляцию		
	Отказаться от проведения реанимационных мероприятий		
12	Обязательным комплексом интенсивной терапии при анафилактическом шоке на догоспитальном этапе является:		
	Внутривенное введение адреналина и глюкокортикоидных препаратов на фоне инфузионной терапии, при бронхоспазме – эуфиллин, адекватная респираторная поддержка		
	Внутривенное введение глюконата кальция и супрастина		
	Внутримышечная инъекция адреналина, супрастина и кордиамина		
	Внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов на фоне массивной инфузионной терапии, при бронхоспазме – интубация трахеи и искусственная вентиляция легких		
13	Реанимация — это:		
	Практические действия, направленные на восстановления дыхания и кровообращения у больных в терминальных состояниях		
	Наука, изучающая методы восстановления жизни		
	Специальная бригада скорой помощи		

14	Показаниями для сердечно-легочной реанимации являются:			
	Все внезапно развившиеся терминальные состояния			
	Только клиническая смерть			
	Агония и предагональное состояние			
	Клиническая смерть и биологическая смерть			
15	Эффективная реанимация проводится:			
	До восстановления самостоятельной сердечной деятельности			
	5 минут			
	10 минут			
16	Неэффективная реанимация проводится:			
	30 минут			
	5 минут			
	10 минут			
17	Местом приложения усилий при непрямом массаже сердца взрослому человеку является:			
	Границы между средней и нижней третью грудины			
	Средняя треть грудины			
	Верхняя треть грудины			
	Нижняя треть грудины			
18	Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:			
	Запястьями, не сгибая рук в локтях			
	Всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях			
	Запястьями, умеренно согнуть руки в локтях			
19	Смещаемость грудины к позвоночнику при непрямом массаже сердца у взрослого человека должна быть:			
	4-5 см			
	1,5-2 см			
	3-4 см			
	7-8 см			
20	Введение эуфиллина при анафилактическом шоке показано:			
	Больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД			

	Больным с одышкой		
	Всем больным		
	Больным с за груди́нными болями, после стабилизации АД		
21	Первоочередным мероприятием при анафилактическом шоке является:		
	Внутривенное ведение преднизолона и адреналина		
	Введение антигистаминных препаратов		
	Наложение жгута		
	Подкожное введение адреналина в место инъекции		
22	Какой критерий положен в основу начальной стратификации риска у больных с подозрением на ТЭЛА?		
	Наличие шока или гипотонии		
	Наличие признаков тромбоза глубоких вен нижних конечностей		
	Наличие дыхательной недостаточности II степени		
	Онкологическое заболевание в анамнезе		
23	Выберите наиболее частый симптом, которым проявляется тромбоэмболия легочной артерии:		
	Внезапно развившаяся одышка		
	Вынужденное положение тела		
	Обморок		
	Жар		
24	Тромбоэмболии легочной артерии высокого риска по трехуровневым критериям Wells соответствует сумма баллов:		
	Не менее 7 баллов		
	2-6 баллов		
	0-1 балл		
25	Тромбоэмболии легочной артерии среднего риска по трехуровневым критериям Wells соответствует сумма баллов:		
	2-6 баллов		
	Не менее 7 баллов		
	0-1 балл		
26	Тромбоэмболии легочной артерии низкого риска по двухуровневым критериям Wells соответствует сумма баллов:		
	0-1 балл		
	Не менее 7 баллов		
	2-6 баллов		

27	Снижение сократимости стенки правого желудочка по сравнению с верхушкой на ЭхоКГ при острой перегрузке правого желудочка называется:		
	Симптом Макконела		
	Симптом McGine-White		
	Симптом Ортнера		
	Рефлекс Китаева		
28	Выберите наиболее частый источник легочной эмболии:		
	Глубокие вены нижних конечностей		
	Поверхностные вены нижних конечностей		
	Общая сонная артерия		
	Артерия тупого края		
29	По шкале Geneva высокий риск ТЭЛА при трехуровневой градации соответствует:		
	Сумме баллов более 11		
	Сумме баллов 4-10		
	Сумме баллов 0-3		
	Шкала не используется для оценки вероятности ТЭЛА		
30	По шкале Geneva промежуточный риск ТЭЛА при трехуровневой градации соответствует:		
	Сумме баллов 4-10		
	Сумме баллов более 11		
	Сумме баллов 0-3		
	Шкала не используется для оценки вероятности ТЭЛА		
31	По шкале Geneva низкий риск ТЭЛА при трехуровневой градации соответствует:		
	Сумме баллов 0-3		
	Сумме баллов более 11		
	Сумме баллов 4-10		
	Шкала не используется для оценки вероятности ТЭЛА		
32	Выберите неверное утверждение:		
	При подозрении на легочную эмболию высокого риска, с шоком или гипотонией, в качестве методов диагностики не рекомендовано проведение экстренной КТ-ангиографии или трансторакальной эхокардиографии		
	У пациентов с подозрением на легочную эмболию высокого риска и признаками дисфункции ПЖ, которые слишком нестабильны для		

	проведения подтверждающей КТ-ангиографии, следует выполнить поиск тромбов в венах и/или лёгочной артерии методом компрессионного венозного УЗИ и/или чреспищеводной эхокардиографии для подтверждения диагноза легочной эмболии		
	Лёгочная ангиография может рассматриваться, как метод подтверждения у пациентов, направленных в ангиографическую операционную, после того как коронароангиография исключила ОКС, и легочная эмболия выглядит альтернативным объяснением клинической картины		
33	Частота тромбоэмболии легочной артерии составляет в среднем:		
	От 5% до 15%		
	От 15% до 20%		
	От 20% до 40%		
	От 40% до 60%		
	От 80% до 90%		
34	Наиболее частыми состояниями, при которых возникает тромбоэмболия легочной артерии, являются все перечисленные, кроме:		
	Острых вирусных инфекций		
	Травмы костей таза и нижних конечностей		
	Злокачественные новообразования		
	Заболевания венозной системы		
	Оперативных вмешательства		
35	К развитию тромбоэмболии легочной артерии способствуют:		
	Все перечисленное		
	Длительный постельный режим		
	Истошающие заболевания		
	Избыточная масса		
	Сердечная недостаточность		
36	Тромбоэмболия считается массивной при обтурации просвета сосуда в пределах:		
	45-75%		
	15-45%		
	75-100%		
	3-5%		
	6-14%		
37	Возникновению тромбоэмболии легочной артерии у больных с тяжелой недостаточностью кровообращения способствует все перечисленное, кроме:		

	Использование периферических вазодилататоров		
	Форсированный диурез		
	Гиподинамия		
	Нарушения ритма сердца		
	Онкологические заболевания		
38	Тромбоэмболия легочной артерии возникает при флеботромбозе или тромбозе вен нижних конечностей чаще всего на:		
	1-ой неделе заболевания		
	2-3-ой неделе заболевания		
	Через месяц		
	Через два месяца		
	Через три месяца		
39	Клиническими признаками флеботромбоза нижних конечностей есть все перечисленное, кроме:		
	Повышение уровня протромбина в крови		
	Неприятные ощущения (распирающие, боль, парестезии) в конечностях		
	Асимметричный отек конечности		
	Болезненность при пальпации по ходу вен		
	Симптом кнута		
40	Чаще всего сочетанием симптомов, встречающееся, при тромбоэмболии легочной артерии являются:		
	Одышка, цианоз, тахикардия		
	Бронхоспазм, кровохарканье, тахикардия		
	Цианоз, бронхоспазм, тахикардия		
	Кровохарканье, коллапс, одышка		
	Все перечисленное		
41	При молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии эмбол закрывает:		
	Главный ствол легочной артерии		
	Крупные ветви легочной артерии		
	Множественные мелкие периферические ветви легочной артерии		
	Средние ветви легочной артерии		
	Артериолы		
42	К эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии относится:		
	Дилатация правых камер сердца и трикуспидальная регургитация		

	Дилатация аорты в восходящем отделе		
	Дилатация левых камер сердца и митральная регургитация		
	Гипертрофия стенок левого желудочка		
	Дилатация левого и правого предсердий		
43	Самой частой причиной острого легочного сердца является:		
	Тромбоэмболия легочной артерии		
	Астматическое состояние		
	Пневмония		
	Спонтанный пневмоторакс		
	Легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях		
44	Гепарин при тромбоэмболии легочной артерии вводят:		
	Для профилактики тромбообразования		
	В случае значительного увеличения протромбинового времени		
	Только при повторной тромбоэмболии		
	Для уменьшения агрегации тромбоцитов		
	В случае повышенного содержания протромбина в крови		
45	Антикоагулянты при ТЭЛА назначаются:		
	Парентерально с последующим переходом на пероральный режим		
	Только парентерально		
	Только перорально		
46	К значимым факторам риска ТЭЛА не относят:		
	Перенесенный инфаркт миокарда		
	Злокачественные образования		
	Установленные центральные венозные катетеры		
	Травмы спинного мозга		
47	К новым пероральным антикоагулянтам, применяемым при ТЭЛА относится:		
	Ривароксабан		
	Клопидогрел		
	Фондапаринукс		
48	Риск ТЭЛА значительно выше у больных с:		

	Переломом шейки бедра		
	Фибрилляцией предсердий		
	Варикозным расширением вен нижних конечностей		
49	Фактором риска ТЭЛА является прием:		
	Пероральных контрацептивов		
	Антибиотиков		
	Нестероидных противовоспалительных препаратов		
50	При ТЭЛА нарушается функция преимущественно:		
	Правых отделов сердца		
	Левого предсердия		
	Левого желудочка		
51	Парадоксальная эмболия развивается при наличии:		
	Открытого овального отверстия		
	Коарктации аорты		
	Стеноза устья легочной артерии		
52	Маркером дисфункции правого желудочка при ТЭЛА является:		
	Мозговой натрийуретический пептид		
	Тропонин I		
	D-димер		
53	При высоком риске летального исхода при ТЭЛА показано проведение:		
	Тромболитиса или эмболэктомии		
	Имплантиции кава-фильтра		
	Внутриаортальной баллонной контрпульсации		
54	Одышка при ТЭЛА характеризуется:		
	Внезапным началом		
	Уменьшением в положении ортопноэ		
	Экспираторным характером		
55	Наиболее специфичным методом диагностики ТЭЛА является:		
	Компьютерная томография с контрастированием		

	Определение D-димера		
	Рентгенография органов грудной клетки		
	ЭКГ		
56	Острое легочное сердце развивается при:		
	Тромбоэмболии легочной артерии		
	Отеке легких		
	Аспирации инородного тела		
57	При ТЭЛА на ЭКГ может отмечаться:		
	Синдром S _I Q _{III} T _{III}		
	Синдром удлинённого интервала QT		
	Синдром Бругада		
58	Для оценки степени дисфункции правого желудочка при ТЭЛА рекомендуется проведение:		
	Эхокардиографии		
	Рентгенографии органов грудной клетки		
	Сцинтиграфии легких		
	ЭКГ		
59	Наиболее грозным клиническим проявлениям ТЭЛА являются:		
	Гипотония		
	Тахикардия		
	Кровохарканье		
60	Лечение нефракционированным гепарином при ТЭЛА проводится под контролем:		
	АЧТВ		
	МНО		
	D-димера		
61	Продолжительность антикоагулянтной терапии при ТЭЛА должна составлять:		
	Не менее 3 месяцев		
	1 неделю		
	Более 1 года		
62	Профилактика повторных эпизодов ТЭЛА проводится с помощью:		

	Антикоагулянтов		
	Дезагрегантов		
	Тромболитиков		
63	Целевое значение МНО при лечении варфарином составляет:		
	2-3		
	1,5-2		
	3-5		
64	Причиной нетромботической эмболии легочной артерии может быть:		
	Все перечисленное		
	Фрагменты опухолей		
	Жир костного мозга		
	Воздух		
	Внутрисосудистые инородные тела		
65	Имплантация кава-фильтра для профилактики ТЭЛА показана:		
	Только больным с наличием противопоказаний к приему антикоагулянтов и высоким риском рецидива эмболии		
	Всем больным с тромбозом вен голени		
	Только при планируемом тромболизисе		
66	Парентеральным антикоагулянтом, в наименьшей степени вызывающим развитие тромбоцитопении, является:		
	Фондапаринукс		
	Низкомолекулярные гепарины		
	Нефракционированный гепарин		
67	У пациента с ТЭЛА на фоне внутривенной инфузии гепарина измеренный уровень АЧТВ составил 100 с. Ваши действия:		
	Остановить инфузию на 1 ч, а затем возобновить с меньшей скоростью		
	Оставить скорость инфузии прежней		
	Уменьшить скорость инфузии		
	Увеличить скорость инфузии		
68	При лечении ТЭЛА невысокого риска применяют:		
	Антикоагулянты		
	Эмболэктомия		
	Тромболитическую терапию		

	Инотропные средства		
	Кава-фильтры		
	Дезагреганты		
69	Тромболитическую терапию при неподтвержденной ТЭЛА следует проводить:		
	Пациентам с наличием гипотонии или шока		
	Только в ранние сроки заболевания		
	Под контролем АЧТВ		
70	Как долго может сохраняться состояние сенсибилизации организма после исчезновения клинических признаков аллергии?		
	Многие годы		
	Несколько месяцев		
	14—25 дней		
	1—2 года		
71	Каким способом проводят специфическую гипосенсибилизацию организма при аллергических реакциях?		
	Повторным введением малых, постепенно возрастающих доз аллергена		
	Парентеральным введением антигистаминных препаратов		
	Применением кортикостероидных препаратов		
	Введением анестетика в место последнего попадания аллергена в организм		
72	Могут ли состояние сенсибилизации вызвать низкомолекулярные вещества, например, йод, соли золота, платины, кобальта и другие вещества?		
	Да		
	Нет		
	Не знаю		
73	Укажите неверные ответы		
	Наследственной предрасположенности к atopическим реакциям не существует		
	Анафилактические и atopические реакции опосредуются реактиновыми цитофильными антителами типа Е и биогенными аминами		
	Медиаторы, освобождаемые тучными клетками при анафилаксии вызывают сокращение гладкомышечных клеток и повышение сосудистой проницаемости		
	Анафилактические реакции могут воспроизводиться в эксперименте методом пассивной сенсибилизации с помощью сыворотки крови		
74	Клинические проявления анафилаксии развиваются, чаще всего, в течение:		
	От нескольких минут до одного часа		

	2-3 часов		
	12-18 часов		
	Суток и более		
75	Экстренная лабораторная диагностика анафилактического шока основана на:		
	Определении уровня сывороточной триптазы		
	Определении уровня альбумина сывотки крови		
	Определение уровня гемоглобина крови		
	Определение уровня С-реактивного белка		
76	Септический шок – это:		
	Это бурная, внезапно развивающаяся реакция организма на действие микроорганизмов и (или) их токсинов, с последующей возросшей емкостью сосудистого русла за счет артериолодилатации		
	Резкое снижение сердечного выброса за счет гипоксического поражения миокарда		
	Несоответствие между емкостью сосудистого русла и объемом циркулирующей крови в результате кровопотери		
	Снижение венозного возврата за счет депонирования жидкости в «третьем пространстве»		
77	Факторам, способствующим септическому шоку, будут:		
	Наличие выраженной урогенитальной инфекции		
	Наличие ишемической болезни сердца		
	Поздний гестоз, предлежание или преждевременная отслойка плаценты		
	Предшествующий отягощенный аллергический анамнез		
78	Шоковый индекс - это:		
	Частота пульса по отношению к систолическому давлению		
	Частоте дыханий в отношении к частоте пульса		
	Частоте пульса в отношении к диастолическому артериальному давлению		
	Систолического давления по отношению к частоте пульса		
79	Признаком септического шока фазы теплой гипотонии является:		
	Подъем температуры, гипервентиляция, снижение артериального давления		
	Снижение артериального давления, снижение температуры, инспираторная одышка		
	Бледные, покрытые холодным потом кожные покровы, мраморный рисунок кожи		
	Гиперосмоляльная кома, резкое падение АД, диуреза, тахипное, цианоз		
80	Для септического шока фазы холодной гипотонии характерно:		

	Подъем температуры, гипервентиляция, снижение артериального давления		
	Снижение артериального давления, снижение температуры, брадикардия, снижение диуреза		
	Бледные, покрытые холодным потом кожные покровы, мраморный рисунок кожи		
	Гиперосмолярная кома, резкое падение АД, диуреза, тахипное, цианоз		
81	Стойкое падение артериального давления при септическом шоке обусловлено:		
	Кровоизлиянием в надпочечники		
	Наличием очага инфекции в организме		
	Выраженным болевым синдромом		
	Синдромом полиорганной недостаточности		
82	Последовательные реанимационные мероприятия при септическом шоке включают:		
	Вентиляционная поддержка, инфузионная терапия, поддержание сердечного выброса и артериального давления, фармакотерапия, удаление очага инфекции		
	Срочное начало инфузионно – трансфузионной терапии, оперативное лечение, посиндромная терапия		
	Начало инфузионной терапии, начало массивной антибактериальной терапии, оперативное лечение, посиндромная терапия		
	Начало инфузионной терапии, принять все меры для транспортировки больной в многопрофильное лечебное учреждение		
83	Наиболее частой причиной истинного кардиогенного шока является:		
	Обширное повреждение ЛЖ (40% и более)		
	Разрыв межжелудочковой перегородки		
	Отрыв сосочковых мышц		
	Гипертонический криз		
84	Правильное сочетание лечебных мероприятий истинного кардиогенного шока:		
	Обезболивание, оксигенотерапия, тромболитическая терапия		
	Обезболивание, нитраты, β -адреноблокаторы		
	Адекватное обезболивание, прессорные препараты, коррекция ОЦК		
85	Анафилактический шок является:		
	Острой системной реакцией организма на повторный контакт с аллергеном		
	Острой системной реакцией на первичный контакт с антигеном		
	Проявлением хронического вирусного заболевания		
	Эквивалентом гиподисфункции контррегуляторных систем организма		
	Ярким примером реакций гиперчувствительности замедленного типа		

86	Причина развития анафилактического шока:		
	Прием аспирина		
	Тепловой удар		
	Употребление минеральной воды		
	Стрессовые состояния		
	Массивная кровопотеря		
87	Для I степени анафилактического шока характерно:		
	Незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия		
	Стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия		
	Медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия		
	Нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз		
88	При наличии асфиксии, обусловленной отеком гортани, показано проведение:		
	Трахеостомии		
	Интубации трахеи		
	Катетеризации периферической вены		
	Катетеризации мочевого пузыря		
	Плевральной пункции под УЗИ-контролем		
89	Препарат первой линии для лечения анафилактического шока:		
	Эпинефрин		
	Норэпинефрин		
	Допамин		
	Преднизолон		
	Стрептокиназа		
90	Какой препарат необходимо использовать в случае развития анафилактического шока вследствие применения пенициллинов:		
	Пенициллиназа		
	Бициллин-3		
	Эритромицин		
	Цефтриаксон		
	Альдолаза		
91	При менингококкцемии, осложненной шоком, на догоспитальном этапе больному следует ввести:		
	Кортикостероиды		

	Азитромицин		
	Лазикс		
	Гемодез		
	Маннитол		
92	При менингококковой инфекции с проявлениями инфекционно-токсического шока стартовым препаратом этиотропного ряда является:		
	Левомицетина-сукцинат 0,5 в/м		
	Пенициллин 500.000 в/м		
	Пенициллин 1.000.000 в/м		
	Доксициклин		
93	При генерализованной форме менингококковой инфекции возможно развитие:		
	Инфекционно-токсического шока		
	Гиповолемического шока		
	Смешанного (гиповолемического и инфекционно-токсического) шока		
94	Все из нижеперечисленных симптомов характерны для ДВС, кроме:		
	Микроангиопатии		
	Тромбоцитопении		
	Гипофибриногенемии		
95	К какому типу кровоточивости относится ДВС-синдром:		
	Смешанному		
	Гематомному		
	Микроциркуляторному		
	Васкулитно-пурпурному		
96	Синкопальными называются состояния, характеризующиеся:		
	Преходящими нарушениями сознания, спонтанно возникающими, приводящими к нарушению пострурального тонуса и падению		
	Резким падением АД		
	Резким падением мышечного тонуса		
97	Синдром Морганьи-Адамса-Стокса возникает на фоне:		
	Полной атриовентрикулярной блокады		
	Фибрилляции желудочков		
	Полной предсердно-желудочковой блокады		

		Атриовентрикулярной блокады I степени		
98		Кардиогенные синкопальные состояния возникают вследствие:		
		Внезапного быстрого падения ударного или минутного объема		
		Резкой гипотонии периферических сосудов (преимущественно вен)		
		Гипогликемии		
		Преобладания парасимпатических реакций		
99		Наиболее частой причиной синкопальных состояний в молодом возрасте является:		
		Вазовагальные синкопе		
		Кардиоваскулярные синкопе		
		Ортостатическая гипотензия		
		Цереброваскулярные синкопе		
100		Рефлекторные синкопе возникают в связи с:		
		Активацией рефлексогенных зон, вызывающих брадикардию и вазодилатацию		
		Дисбалансом в сторону симпатических влияний		
		Нарушением работы аппарата рефлекторной вазодилатации		
		Нарушением церебральных механизмов нейрогормональной регуляции		
1	2			
1		К аритмическому патогенезу синкопе относят:		
		Нарушения работы имплантированного кардиостимулятора		
		Полную атриовентрикулярную блокаду		
		Фибрилляцию предсердий		
		Тахикардию типа «пируэт»		
2		Выберите симптомы, характеризующие вазовагальный обморок:		
		Артериальная гипотония		
		Профузное потоотделение		
		Тошнота		
		Бледность		
		Аритмичный пульс		
		Пульсация сонных артерий		
3		Первичный диагностический этап синкопе включает в себя проведение:		

	Физикальное обследование		
	Измерения АД		
	Электрокардиографическое исследование		
	Эхокардиографическое исследование		
	Электрофизиологическое исследование		
	Холтеровское мониторирование ЭКГ		
4	Основные цели терапии синкопальных состояний:		
	Оказание неотложной помощи во время синкопе		
	Лечение сердечно-сосудистой и неврологической патологии		
	Профилактика внезапной смерти		
5	Показания для госпитализации пациента:		
	Нарушения ритма и проводимости сердца, приведшие к обмороку		
	Развитие синкопе во время физической нагрузки		
	Развитие синкопе в положении лежа		
	Синокаротидный синдром		
6	Восстановление сознания после синкопе нейрорефлекторного генеза происходит:		
	Быстро, ориентация восстанавливается сразу же		
	Отмечается сонливость, головная боль, испуг		
	Сохраняется выраженная ретроградная амнезия		
	Медленно, дезориентация		
7	Дыхательные нарушения при легочной эмболии включают:		
	Уменьшение pCO_2 в конце выдоха		
	Тахипноэ		
	Увеличение альвеолярного мертвого пространства		
	Снижение насыщения кислородом артериальной крови		
	Увеличение функциональной остаточной емкости		
8	Во время сердечно-легочной реанимации:		
	Соотношение массажа сердца и ИВЛ составляет 30:2		
	Дефибрилляция проводится только при фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии		
	Препаратом выбора является адреналин		
	Внутрисердечно вводится кальция хлорид		

	Прекардиальный удар проводится при любом виде остановки кровообращения		
9	Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью:		
	Применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки		
	Ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей		
	Санационной бронхоскопии		
	Изменения положения тела		
10	Показаниями к электрокардиоверсии являются:		
	Желудочковая тахикардия		
	Острое трепетание предсердий		
	Синусовая тахикардия		
	Узловая брадикардия		
	Электро-механическая диссоциация		
11	Признаками острой тампонады сердца являются:		
	Цианоз лица		
	Набухание шейных вен		
	Потеря сознания		
	Брадикардия		
	Массивный асцит		
12	Респираторный ацидоз вначале вызывает:		
	Системное сосудорасширяющее действие		
	Гипервентиляцию		
	Снижение выброса сердца		
	Повышение давления в легочной артерии		
	Гипокалиемию		
13	Лабораторные изменения, связанные с тяжелым септическим шоком, включают:		
	Удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)		
	Снижение уровня сывороточного фибриногена		
	Наличие продуктов деградации фибрина		
	Сниженное число тромбоцитов		
	Повышенную концентрацию плазминогена		

14	Поздние признаки септического шока включают:		
	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание		
	Гемоконцентрацию		
	Метаболический ацидоз		
	Снижение потребления кислорода		
	Артериальную гипероксию		
15	Набухшие (растянутые) шейные вены в положении стоя наблюдаются при:		
	Тампонаде сердца		
	Обструкции верхней поллой вены		
	Напряженном пневмотораксе		
	Легочной эмболии		
	Аортальной недостаточности		
16	Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие:		
	Высвобождения простагландина		
	Потери симпатического тонуса		
	Потери внутрисосудистого объема		
	Увеличения проницаемости сосудов		
	Брадикардии		
17	Диагноз легочной эмболии может быть точно подтвержден следующими исследованиями:		
	Вентиляционно-перфузионной сцинтиграфией легких		
	Спиральной компьютерной томографией легких		
	Рентгеновским исследованием грудной клетки		
	Электрокардиограммой		
	По уровню лактатдегидрогеназы крови		
18	Вероятные причины внезапной одышки, возрастания венозного давления в яремных венах, систолического и диастолического шума у больного с инфекционным эндокардитом включают:		
	Выворачивание створки митрального клапана		
	Разрыв аортального клапана		
	Острую тампонаду сердца		
	Нижний инфаркт миокарда		
	Расслаивающую аневризму аорты		

19	Диссеминированное внутрисосудистое свертывание может быть связано с:		
	Длительным сердечно-легочным искусственным кровообращением (by pass)		
	Гемолизом		
	Тяжелой травмой головы		
	Тяжелым шоком		
	ТЭЛА		
20	Надлежащая терапия при кровотечении, вызванном патологическим фибринолизом, включает:		
	Апротинин		
	Свежезамороженную плазму		
	Транексамовую кислоту		
	Концентрат тромбоцитов		
	Фибриноген		
21	Немедленное лечение тяжелой анафилактической реакции должно включать:		
	Инфузионную терапию		
	Адреналин		
	Эфедрин		
	Антагонист H ₁ -рецепторов		
	Хлористый кальций		
22	Легочное сердце (cor pulmonale) наблюдается при:		
	Легочной эмболии		
	Силикозе		
	Саркоидозе		
	Эмфиземе		
	Бронхиальной астме		
23	Во время сердечно-легочной реанимации:		
	Лидокаин и адреналин допустимо вводить эндотрахеально		
	Предпочтительно вводить препараты по центральному катетеру		
	Через периферические вены нельзя вводить адреналин		
	Внутрисердечные инъекции делаются в первую очередь		
24	Эффективно применение при фибрилляция желудочков в кардиопульмональной реанимации:		
	Электрическая дефибрилляция		

	Адреналин		
	Амиодарон		
	Электрическая кардиостимуляция		
25	Эффективно применение при асистолии в кардиопульмональной реанимации:		
	Электрическая кардиостимуляция		
	Адреналин		
	Электрическая дефибрилляция		
	Амиодарон		
26	Общие факторы риска развития ИБС и внезапной смерти (ВС) среди лиц с ИБС:		
	Дислипидемия		
	Артериальная гипертония		
	Сахарный диабет		
	Желудочковые экстрасистолы		
	Пароксизмы фибрилляции предсердий		
27	Общие факторы риска развития ИБС и внезапной смерти (ВС) среди лиц с ИБС:		
	Злоупотребление алкоголем		
	Сахарный диабет		
	Гипертрофия левого желудочка		
	Повышенное содержание фибриногена, мочевой кислоты		
	Гипокалиемия		
28	Группа высокого риска внезапной смерти у больных после перенесенного инфаркта миокарда:		
	Безболевая депрессия сегмента ST на ЧСС 90 уд. в 1 мин, зоны акинезии передней и нижней стенки левого желудочка, три подряд желудочковых экстрасистолы на ВЭМ пробе при ЧСС 80 уд. в 1 мин		
	Фракция выброса левого желудочка 34%, на Холтер ЭКГ - три - пять подряд желудочковых экстрасистол, во время внутрисердечной электрокардиостимуляции возник короткий пароксизм желудочковой тахикардии		
	Стеноз одной коронарной артерии более 70%, фракция выброса 60%, во время нагрузки на частоте сердечного ритма 130 уд. в 1 мин возникла стенокардия		
	Стеноз двух коронарных артерий 70%, зона гипокинезии в области нижней стенки левого желудочка, во время ВЭМ пробы зарегистрированы 3 предсердных экстрасистолы и максимальная ЧСС — 140 уд. в 1 мин (субмаксимальный уровень нагрузки)		
29	Группа низкого риска внезапной смерти у больных после перенесенного инфаркта миокарда:		
	Стеноз одной коронарной артерии более 70%, фракция выброса 60%, во время нагрузки на частоте сердечного ритма 130 уд. в 1 мин		

	возникла стенокардия		
	Стеноз двух коронарных артерий 70%, зона гипокинезии в области нижней стенки левого желудочка, во время ВЭМ пробы зарегистрированы 3 предсердных экстрасистолы и максимальная ЧСС — 140 уд. в 1 мин (субмаксимальный уровень нагрузки)		
	Безболевая депрессия сегмента ST на ЧСС 90 уд. в 1 мин, зоны акинезии передней и нижней стенки левого желудочка, три подряд желудочковых экстрасистолы на ВЭМ пробе при ЧСС 80 уд в 1 мин		
	Фракция выброса левого желудочка 34%, на Холтер ЭКГ - три - пять подряд желудочковых экстрасистолы, во время внутрисердечной электрокардиостимуляции возник короткий пароксизм желудочковой тахикардии		
30	Синкопальные состояния аритмогенной природы вероятны при данных изменениях на ЭКГ:		
	Признаки синоатриальной блокады		
	Длительность интервала QT>50 мсек		
	Блокада правой ножки пучка Гиса в сочетании с блокадой передней ветви левой ножки пучка Гиса		
	Зубец QS в отведении V ₁		
31	Анатомические нарушения у больных кардиогенным шоком:		
	Объем некроза миокарда нижней стенки левого желудочка 15% и депрессия сегмента ST на 2 мм в отведениях V ₃ -V ₆ справа от грудины		
	Митральная регургитация IV ст. (в т.ч. афоническая)		
	Ложная аневризма левого желудочка		
	Фракция выброса левого желудочка менее 20%		
	Объем некроза миокарда левого желудочка 15% от общей массы миокарда		
32	Анатомические нарушения у больных кардиогенным шоком:		
	Разрыв миокарда свободной стенки левого желудочка с выходом в полость перикарда очень небольшого количества крови		
	Разрыв межжелудочковой перегородки (в т.ч. афонический)		
	Разрыв сосочковой мышцы сердца		
	Фракция выброса левого желудочка более 40%		
	Наличие признаков застоя в легких		
33	Рекомендации по профилактике тромбоза глубоких вен и ТЭЛА в группе низкого риска их возникновения:		
	Ранняя мобилизация больных		
	Механическое воздействие – ношение эластичных чулок или градуированная пневматическая компрессия		
	Введение гепарина или низкомолекулярного гепарина		
	Прием непрямым антикоагулянтов		
34	Рекомендации по профилактике тромбоза глубоких вен и ТЭЛА в группе среднего риска их возникновения:		
	Ранняя мобилизация больных		

	Механическое воздействие – ношение эластичных чулок или градуированная пневматическая компрессия		
	Введение гепарина или низкомолекулярного гепарина		
	Прием непрямых антикоагулянтов		
35	Рекомендации по профилактике тромбоза глубоких вен и ТЭЛА в группе высокого риска их возникновения:		
	Ранняя мобилизация больных		
	Механическое воздействие – ношение эластичных чулок или градуированная пневматическая компрессия		
	Введение гепарина или низкомолекулярного гепарина		
	Прием непрямых антикоагулянтов		
	Имплантация кава-фильтра		
36	Факторы низкого риска ТЭЛА:		
	Операции длительностью не более 30 минут у больных старше 40 лет без других факторов риска		
	Операции более 30 минут у больных без факторов риска		
	Небольшие операции, гинекологические или урологические		
	Крупные травмы и ожоги		
	Наличие в анамнезе тромбоза глубоких вен и ТЭЛА		
	Крупные экстренные операции у больных после 40 лет		
37	Факторы высокого риска ТЭЛА:		
	Крупные травмы и ожоги		
	Наличие в анамнезе тромбоза глубоких вен и ТЭЛА		
	Травматологические и ортопедические операции, особенно, на костях таза, нижних конечностях, тазобедренном суставе		
	Больные после ампутации нижних конечностей и с параличами		
	Небольшие операции, гинекологические или урологические		
	Операции длительностью не более 30 минут у больных старше 40 лет без других факторов риска		
	Операции более 30 минут у больных без факторов риска		
	Крупные экстренные операции у больных после 40 лет		
38	Часто встречающиеся поражения легких при ТЭЛА:		
	Нижние доли легких		
	Правое легкое		
	Двустороннее поражение		
	Множественное поражение		
	Верхние доли легких		
	Левое легкое		

	Одностороннее поражение		
39	Редкие поражения легких при ТЭЛА:		
	Верхние доли легких		
	Левое легкое		
	Одностороннее поражение		
	Нижние доли легких		
	Правое легкое		
	Двустороннее поражение		
	Множественное поражение		
40	Часто встречающиеся симптомы при ТЭЛА:		
	Одышка		
	Синусовая тахикардия		
	Боль в грудной клетке		
	Отек легких		
	Бронхоспазм		
41	Редко встречающиеся симптомы ТЭЛА:		
	Отек легких		
	Непроизвольное мочеиспускание		
	Бронхоспазм		
	Одышка		
	Брадикардия		
42	Методы, обладающие высокой информативностью в диагностике ТЭЛА:		
	Эхокардиография		
	Рентгенкомпьютерная томография		
	Перфузионно-вентиляционная сцинтиграфия		
	Пульмональная ангиография		
	Рентгенография		
	Электрокардиография		
43	Методы, обладающие низкой информативностью в диагностике ТЭЛА:		
	Рентгенография		
	Электрокардиография		

	Эхокардиография		
	Рентгенкомпьютерная томография		
	Перфузионно-вентиляционная сцинтиграфия		
	Пульмональная ангиография		
44	Изменения на ЭКГ, позволяющие заподозрить острую перегрузку правых отделов:		
	Блокада правой ножки пучка Гиса		
	Появление высокого зубца Р в отведениях II, III, aVF		
	Появление неизменного зубца Q в III и aVF отведениях		
	Остро возникшая полная блокада ЛНПГ		
	Подъем сегмента ST в 2-х и более смежных отведениях		
	Синусовая брадикардия		
	Появление патологического зубца Q или QRS в нескольких отведениях		
45	Тяжелая ТЭЛА (высокого риска) возникает при обструкции легочной артерии на:		
	50-75%		
	80-100%		
	До 15%		
	15-20%		
	21-25%		
46	Тяжелая ТЭЛА (низкого риска) возникает при обструкции легочной артерии на:		
	До 15%		
	15-20%		
	21-25%		
	50-75%		
	80-100%		
47	В первую очередь при подозрении на ТЭЛА среднего и низкого риска применяют:		
	УЗДГ вен нижних конечностей		
	Оценка клинической вероятности ТЭЛА на основании факторов риска		
	Определение содержания D-димера		
	КТ легких с контрастированием		
	ЭхоКГ		
	Перфузионно-вентиляционная сцинтиграфия		

48	Характерные для ТЭЛА данные ЭхоКГ:		
	Гипокинезия стенок правого желудочка		
	Увеличение размеров правого желудочка		
	Наличие тромбов в правых полостях сердца или лёгочной артерии		
	Увеличение размеров левого желудочка		
	Гипертрофия стенки правого желудочка		
	Пролабирование створок клапана лёгочной артерии		
49	Современные методы контроля терапии прямыми антикоагулянтами:		
	Количество тромбоцитов		
	Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)		
	Международное нормализованное отношение (МНО)		
	Протромбиновый индекс		
	Тромбиновое время		
50	Симптомы правожелудочковой недостаточности:		
	Увеличение границ сердца вправо		
	Отеки на нижних конечностях		
	Одышка без ортопноэ		
	Набухание шейных вен		
	Увеличение границ сердца вправо и влево		
	Приступ сердечной астмы		
	Одышка с ортопноэ		
51	Доказанная терапия правожелудочковой недостаточности при ТЭЛА:		
	Применение прямых антикоагулянтов и тромболитиков		
	Применение прессорных аминов при гипотонии		
	Применение диуретиков при выраженном отечном синдроме и сопутствующей левожелудочковой недостаточности без гипотонии		
	Применение диуретиков у всех больных		
	Применение вазодилататоров у всех больных		
	Применение сердечных гликозидов у всех больных		
52	Критерии низкого риска венозного тромбоэмболизма:		
	Риск фатальной ТЭЛА до 0,01%		
	Риск развития тромбоза глубоких вен до 10%		
	Риск фатальной ТЭЛА до 1%		

	Риск развития тромбоза глубоких вен 10-40%		
53	Часто встречающиеся нарушения в системе гемостаза, предрасполагающие к ТЭЛА и тромбозу глубоких вен:		
	Дефицит протеинов С и S		
	Дефицит антитромбина		
	Гипергомоцистеинемия		
	Дефицит плазминогена		
	Тромбоцитоз		
	Дисплазминогенемия		
	Полицитемия		
54	Факторы риска венозного тромбоза:		
	Беременность и роды		
	Длительная иммобилизация		
	Наличие катетера в центральной вене		
	Злокачественные новообразования		
	Дефицит образования протеина S		
	Дефицит антитромбина		
55	Ассоциированы с генетическими особенностями факторы риска ТЭЛА:		
	Рецидивирующий тромбоз глубоких вен и ТЭЛА без видимых факторов риска в молодом возрасте		
	Необычная локализация флеботромбоза (каротидный, мезентериальный)		
	Курение		
	Инфаркт миокарда		
	Преклонный возраст		
	Заместительная гормональная терапия климактерического синдрома		
56	Показания для установки кава-фильтра:		
	Повторные ТЭЛА в анамнезе, несмотря на применения тромболитиков		
	Повторная тромбоз эмболия мелких ветвей легочной артерии		
	Наличие противопоказаний для антикоагулянтов и тромболитиков		
	Рецидивирующий флеботромбоз или тромбофлебит нижних конечностей		
	Эмболия при инфекционном эндокардите		
	Исходное поражение легких с тяжелой легочной гипертензией		
	Инфаркт легкого с кровохарканьем		

57	Показания для назначения антикоагулянтов в острой стадии ТЭЛА:		
	Подозрение на ТЭЛА и отсутствие противопоказаний для введения прямых антикоагулянтов		
	ТЭЛА при беременности		
	Подозрение на ТЭЛА		
	Введение прямых антикоагулянтов показано только при отсутствии кровохарканья		
	ТЭЛА высокого риска при наличии противопоказаний к тромболитису или при его неэффективности		
58	Долговременный (более 3 месяцев) прием оральных антикоагулянтов в рамках вторичной профилактики ТЭЛА показан при:		
	Больные с первым эпизодом проксимального ТГВ/ТЭЛА, не вызванных обратимыми причинами		
	Больные с повторным эпизодом венозного тромбоза		
	Больные с ТГВ/ТЭЛА и раком		
	Больные с первым эпизодом изолированного тромбоза дистальных вен голени, вызванным обратимыми причинами		
59	В межприступном периоде у больных вазовагальными синкопе наблюдается:		
	Нарушение ритма сна и бодрствования		
	Затруднение засыпания		
	Поверхностный сон		
	Утомляемость		
	Боли в области сердца		
60	Критерии диагностики вазовагальных обмороков:		
	Наличие четких провоцирующих факторов и условий возникновения обморока		
	Признаки психовегетативного синдрома в межприступном периоде		
	Медленно волновая активность на ЭЭГ во время обморока		
	Вспышки генерализованной пик-волновой активности на ЭЭГ во время обморока		