

Тесты к экзамену для врачей-интернов по специальности «Анестезиология-реаниматология», «Анестезиология-реаниматология детская»

Стандартная индукционная доза пропофола для взрослого пациента составляет:

0,1 мг/кг

0,5 мг/кг

1 мг/кг

-2 мг/кг

5 мг/кг

Целевое значение EtCO₂ во время преоксигенации плотно прижатой лицевой маской составляет не ниже 25 мм рт ст:

-не ниже 28 мм рт ст

не ниже 35 мм рт ст

не ниже 40 мм рт ст

не выше 45 мм рт ст

Поток свежего газа во время ингаляционной индукции общей анестезии:

2 л/мин

5 л/мин

-8 л/мин

10 л/мин

15 л/мин

Для масочной общей анестезии (VIMA) применяют:

закись азота

изофлюран

десфлюран

ксенон

-севофлюран

Поток свежего газа при анестезии по закрытому контуру составляет:

8 л/мин

5 л/мин

2 л/мин

-0,5 л/мин

0,1 л/мин

Поток свежего газа при низкотоковой анестезии составляет:

8 л/мин

5 л/мин

-2 л/мин

0,5 л/мин

0,1 л/мин

Гипотензия при введении атракурия обусловлена:

-высвобождением гистамина

угнетением сердечного выброса

гиповолемией

симпатической блокадой

вазоплегией

Минимальное допустимое значение FiO₂ при низкотоковой анестезии:

21%

30%

-50%

80%

100%

Минимальное допустимое значение FiO₂ при анестезии по закрытому контуру

21%

30%

50%

80%

-100%

Стандартная доза атракурия для интубации трахеи у взрослого составляет:

0,15 мг/кг

0,3 мг/кг

-0,5 мг/кг

0,9 мг/кг

2 мг/кг

Показатель глубины общей анестезии:

-Биспектральный индекс

TOF-индекс

МАК

FiAgent

EtCO₂

Адсорбер наркозно-дыхательного аппарата представляет собой:

смесь карбонатов натрия и кальция

-смесь гидроксидов натрия и кальция

смесь хлоридов натрия и кальция

смесь карбонатов калия и магния

смесь гидроксидов калия и магния

Целевая минимальная альвеолярная концентрация при поддержании общей анестезии севофлураном составляет:

0,1

0,3

0,5

-0,7

1,5

Экстубация после общей анестезии допустима при индексе TOF:

не ниже 0,1

не ниже 0,25

не ниже 0,5

не ниже 0,75

-не ниже 0,9

Способен вызывать послеоперационную тошноту и рвоту:

пропофол

сукцинилхолин

-закись азота

севофлуран

пипекуроний

Сепсис- это:

-подозреваемая или документированная инфекция в сочетании с остро возникшей органной дисфункцией, о развитии которой заключают по индексу шкалы SOFA на 2 балла и более от базового значения

совокупность биологических реакций, которыми макроорганизм отвечает на внедрение возбудителя

состояние, характеризующееся циркуляторной недостаточностью, проявляющееся артериальной гипотонией, повышением уровня лактата, и требующее введения вазопрессоров

угрожающее жизни состояние, характеризующееся потерей сознания, резким ослаблением или отсутствием реакции на внешние раздражения, угасанием рефлексов до полного их исчезновения

повышенная температура тела ($>37,8$ °C в ротовой полости или $>38,2$ °C ректально), или изменение температуры тела выше известного нормального дневного показателя человека.

В течение какого промежутка времени от момента диагностики рекомендовано назначить антибактериальную терапию при сепсисе?

-в течение 1 часа

в течение 8 часа

в течение 12 часов

в течение 24 часов

в течение 48 часов

Какие растворы предпочтительны для стартовой терапии септического шока?

Растворы альбумина 10%, 20%

-полиионные кристаллоиды

кровь и ее компоненты

р-ры крахмала

р-ры глюкозы

Какой показатель, наиболее точно характеризует функциональное состояние почек:

уровень калия в крови

уровень глюкозы крови

уровень креатинина крови

-скорость клубочковой фильтрации

уровень мочевины крови

Укажите уровень K^+ , при котором имеются показания для проведения сеанса гемодиализа у пациентов с острой почечной недостаточностью:

2 ммоль/л

-7 ммоль/л

3 ммоль/л

4 ммоль/л

5 ммоль/л

Какие мышечные релаксанты допустимы у пациентов с острым почечным повреждением при общей анестезии?

Мидокалм

Дитилин

Атропин

Сукцинилхолин

-Атракурий

Какое антибактериальное лекарственное средство чаще других вызывает острое почечное повреждение?

цефтриаксон

амоксциллин

ципрофлоксацин

меропенем

-гентамицин

Какой метод экстракорпоральной детоксикации наиболее эффективен при системной красной волчанке?

гемосорбция на углях

геморбция на ионообменных смолах

-плазмаферез

гемодиализ

перитонеальный диализ

Выберите наиболее характерное осложнение для пациентов на перитонеальном диализе?

внутрибрюшное кровотечение

прободение кишки

-перитонит

тромбоз мезентериальных сосудов

острая кишечная непроходимость

Наклон операционного стола или положения тела для смещения матки влево с целью предупреждения аорто-кавальной компрессии во втором и третьем триместрах беременности необходимо поддерживать на уровне:

- 5 град
- 40 град
- 15 град
- 50 град

Какой симптом характерен для эмболии околоплодными водами?

- Гипотензия
- Гипертензия
- Гипертонус матки
- Боль в животе
- Тошнота и рвота

Укажите лабораторный признак, характерный для острой печеночной недостаточности

- МНО<1,5
- Снижение уровня аминотрансфераз
- Повышение уровня тропонина
- Повышение уровня аминотрансфераз
- Повышение уровня амилазы крови

Какое из перечисленных лекарственных средств наиболее часто вызывает острую печеночную недостаточность?

- Парацетамол
- Ибупрофен
- Кеторолак
- Нимесулид
- Анальгин

Назовите антидот при отравлении парацетамолом:

- Флумазенил
- N-ацетилцистеин
- Налоксон
- Этиловый спирт
- Метиленовый синий

При сердечно-легочной реанимации лекарственные средства могут вводиться:

- Внутрисердечно
- Внутримышечно
- Подкожно

-Внутривенно

Внутриплеврально

Продолжительность клинической смерти составляет:

1-2 минуты

-5-7 минут

15-20 минут

30-45 минут

5-7 секунд

Частота компрессий при проведении СЛР должна быть:

60-70 в минуту

80-100 в минуту

около 100 в минуту

-100-120 в минуту

частота компрессий не принципиальна

Правильным соотношением числа компрессий и дыханий является:

1\5

2\15

15\1

2\30

-30\2

Лечение олигурии при геморрагическом шоке, прежде всего, заключается:

-в восполнении ОЦК

во внутривенном введении маннита или фуросемида

в проведении острого гемодиализа

во внутривенном введении эуфиллина

катетеризации мочевого пузыря

Какой из перечисленных ниже лабораторных тестов наиболее информативен в отношении выявления рецидива инфаркта миокарда

Креатинфосфокиназа

-Тропонин

Лактатдегидрогеназа

Мониторинг сатурации смешанной венозной крови

BNP

В экстренной ситуации у пациента с геморрагическим шоком в случае отсутствия одногруппной крови допускается применение эритроцитарной массы:

O (I) Rh отр. до 1000 мл

-O (I) Rh отр. до 500 мл

A (II) Rh отр. до 1000 мл

Не допускается

AB (IV) Rh отр. до 500 мл

Вероятная причина коагулопатии при развитии сепсиса у пациента:

Недостаток витамина K

Поражение печени бактериальным эндотоксином

Подкожное введение гепарина

-Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови

Нарушение синтеза витамина K в кишечнике

Тромбоэмболию легочной артерии можно точно диагностировать по результатам:

-Спиральной компьютерной томографией

Рентгеновского исследования грудной клетки

Уровня Д-димеров

Электрокардиографии

Ультразвукового исследования сердца

Клинически наиболее достоверным признаком гемолиза при переливании крови и/или отравлении уксусной эссенцией является:

Тахикардия

-Появление мочи цвета «мясных помоев»

Гипертермия

Снижение уровня гемоглобина

Повышение уровня билирубина

Показание к использованию свежзамороженной плазмы:

Гипоальбуминемия

-ДВС-синдром

Лечение кардиогенного шока

Лечение иммуносупрессии

Лечение гиповолемического шока

Объем промывных вод при пероральном отравлении должен быть:

1-2 литра

3-5 литра

-7-10 литров

15-20 литров

До чистых промывных вод

Антидотом при передозировке опиатов является:

Унитиол

Флумазенил

-Налоксон

Атропин

Этаноловый спирт

Антидотом при передозировке бензодиазепинов является:

Унитиол

-Флумазенил

Налоксон

Атропин

Этаноловый спирт

Патогномичным признаком отравления бледной поганкой является:

Раннее появление гастроэнтерита (1-2 часа) после употребления

-Позднее появление гастроэнтерита (более 4-6 часов) после употребления

Желтуха

Повышение уровня свободного гемоглобина

Развитие острого почечного повреждения

HELLP-синдром характеризуется триадой симптомов:

гиперкоагуляция, увеличение активности печеночных ферментов и лейкоцитоз

-гемолиз, увеличение активности печеночных ферментов и тромбоцитопения

анемия, снижение активности печеночных ферментов и тромбоцитопения

артериальная гипертензия, протеинурия, нарушение сознания

гемолиз, гипотензия и гипоксия

Мозговой инсульт – быстро развивающийся синдром очагового или генерализованного нарушения функций мозга, длящийся:

более 1 часа

более 3 часов

более 12 часов

-более 24 часов

более 48 часов

Длительность существования «зоны ишемической полутени» при остром нарушении мозгового кровообращения:

30 минут - 1 час

1-2 часа

--6 часов

6-8 часов

Противопоказания к тромболитической терапии ишемического инсульта:

поступление в больничную организацию позднее 1 часа

поступление в больничную организацию позднее 3 часов

-поступление в больничную организацию позднее 6 часов

поступление в больничную организацию позднее 8 часов

поступление в больничную организацию позднее 12 часов

Типичные симптомы черепно-мозговой травмы:

-головная боль, потеря сознания

гиповолемия, анемия

субарахноидальное кровоизлияние

менингеальные симптомы

лейкоцитоз

Главная характеристика ушиба головного мозга:

гипотония

-потеря сознания

изменения в ликворе

снижение диуреза

лейкопения

Интубация трахеи пациенту с черепно-мозговой травмой показана при количестве баллов по шкале ком Глазго:

-менее 8 баллов

менее 3 баллов

более 12 баллов

более 15баллов

менее 1балла

Основные жалобы при развитии отека мозга:

-головная боль, сонливость, тошнота и рвота

слабость

чувство жажды, голода

нарушение зрения

повышение температуры тела

Основной метод лечения отека мозга:

регидратационная терапия

инфузия глюкозы

инфузия декстранов

инфузия свежзамороженной плазмы

-дегидратационная терапия

После перенесенного отёка головного мозга наиболее часто развивается:

полиурия

лейкоцитоз

-энцефалопатия

гиперкоагуляция

гипертензия

Постреанимационная болезнь – это:

синдром почечной недостаточности

-синдром полиорганной недостаточности

синдром надпочечниковой недостаточности

синдром дыхательной недостаточности

синдром сердечной недостаточности

В течение какого времени кома является предиктором неблагоприятного исхода постреанимационной болезни:

более 24 часов

-более 48 часов

более 72 часов

более 3 часов

более 6 часов

Основной алгоритм интенсивной терапии постреанимационной болезни:

-седация, искусственная вентиляция легких, краниоцеребральная гипотермия

введение вазопрессоров

стимуляция диуреза

коррекция гипертензии

постельный режим

Диабетическая кома – это:

декомпенсация экзокринной функции поджелудочной железы

-декомпенсация эндокринной функции поджелудочной железы

декомпенсация эндокринной и экзокринной функций поджелудочной железы

всегда развивается при остром панкреатите

развивается при морбидном ожирении

Основной признак диабетической комы:

гипертермия

влажность кожных покровов

-запах ацетона

гипертонус мышц

появление менингеальных знаков

Принцип лечения диабетических ком:

стимуляция диуреза

-инсулинотерапия, регидратация

противоотечная терапия

коррекция гипертензии

искусственная вентиляция легких

Максимальная суточная доза бупивакаина составляет

- 200 мг
- 300 мг
- 400 мг
- 500 мг

При проведении спинальной анестезии объем вводимого анестетика зависит от:

- веса пациента
- возраста пациента
- концентрации анестетика
- роста пациента
- положения пациента на операционном столе

Абсолютным противопоказанием для проведения спинальной анестезии не является:

- геморрагический шок
- прием антикоагулянтов
- недостаточная информированность пациента о данном виде анестезии
- инфекция в месте пункции
- повышение внутричерепного давления

При развитии системной токсической реакции на местные анестетики показано введение:

- глюкокортикоидов
- интралипида
- кабивена
- антигистаминных лекарственных средств
- морфина

Постпункционная головная боль:

- усиливается при вертикализации пациента
- уменьшается при вертикализации пациента
- не связана с положением тела
- возникает на операционном столе
- купируется диуретиками

Гипербарические местные анестетики применяются для проведения:

- эпидуральной анестезии
- проводниковой анестезии

аппликационной анестезии

-спинальной анестезии

сакральной анестезии

Наиболее вероятной причиной тотальной спинальной анестезии является:

внутривенное введение местного анестетика при проведении эпидуральной анестезии

применение тест-дозы

быстрое введение местного анестетика при проведении спинальной анестезии

индивидуальная реакция организма

-интратекальное введение местного анестетика при проведении эпидуральной анестезии

Для монолатеральной спинальной анестезии характерно:

увеличение степени симпатической блокады за счет увеличения объема вводимого местного анестетика

-уменьшение степени симпатической блокады за счет уменьшения объема вводимого местного анестетика

увеличение степени симпатической блокады за счет уменьшения объема вводимого местного анестетика

уменьшение степени симпатической блокады за счет увеличения объема вводимого местного анестетика

отсутствие влияния объема местного анестетика на симпатическую блокаду

Морфин добавляется к раствору местного анестетика при проведении спинальной анестезии с целью:

седации пациента

уменьшения дозы местного анестетика

-обеспечения послеоперационной анальгезии

увеличения моторной блокады

обеспечить ретроградную амнезию

Для уменьшения степени моторной блокады при выполнении эпидуральной анестезии необходимо:

добавить адреналин к раствору местного анестетика

уменьшить объем местного анестетика

добавить морфин к раствору местного анестетика

-уменьшить концентрацию местного анестетика

попросить пациента натужиться

Парез диафрагмального нерва встречается при:

блокаде тройничного нерва

-блокаде ветвей плечевого сплетения межлестничным доступом

блокаде ветвей плечевого сплетения надключичным доступом

ретробульбарной блокаде

паранефральной блокаде

Ранним симптомом эпидурального введения анестетика при проведении блокады ветвей плечевого сплетения межлестничным доступом является:

-сенсорная блокада контралатеральной верхней конечности

металлический привкус во рту

тетраплегия

односторонний симптом Горнера

экзофтальм

Частой побочной реакцией на морфин при интратекальном введении является:

парез желудочно-кишечного тракта

-выраженный кожный зуд

развитие наркотической зависимости

эйфория, галлюцинации

брадипноэ

Эпидуральная блокада при панкреатите производится на уровне:

Th2-Th3

Th4-Th5

-Th6-Th8

L1-L2

L3-L4

При проведении дистальных блокад конечностей риск системной токсической реакции на местный анестетик:

максимальный

-снижается

повышается

не изменяется

отсутствует

Характерные клинические признаки дыхательной недостаточности это:

Одышка, диспноэ

Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры

Цианоз

Когнитивные нарушения, угнетение сознания

-Все перечисленные признаки

Абсолютным показанием к началу респираторной поддержки при спинальной травме является:

-Утрата кашля

Паралич вспомогательной дыхательной мускулатуры

Параплегия

Повреждение спинного мозга на уровне Th1-Th5

Все перечисленные признаки

Противопоказанием для применения неинвазивной респираторной поддержки является:

Гипокапния на ранней стадии паренхиматозной дыхательной недостаточности

Гиперкапния

-Остановка дыхания

Тахикардия, как симптом гипоксии

Все перечисленные признаки

Абсолютным показанием к началу искусственной вентиляции легких является:

$P_{aO_2} < 60$ мм.рт.ст, $S_{aO_2} < 90$ %

$pO_2/FiO_2 < 200$

Гиперкапния $P_{aCO_2} > 60$ мм.рт.ст

Гипокапния $P_{aCO_2} < 30$ мм.рт.ст

-Все перечисленные признаки

Показатели оксигенации, характерные для среднетяжелого ОРДС:

200 мм рт.ст. $< P_{aO_2}/FiO_2 \leq 300$ мм рт.ст. при PEEP или CPAP ≥ 5 смH₂O

0 мм рт.ст. $< P_{aO_2}/FiO_2 \leq 200$ мм рт.ст. при PEEP ≥ 5 смH₂O

$P_{aO_2}/FiO_2 \leq 100$ мм рт.ст. при PEEP ≥ 5 смH₂O

Все перечисленные признаки

Все неверно

Показатели оксигенации, характерные для легкого острого респираторного дистресс-синдрома:

200 мм рт.ст. $< P_{aO_2}/FiO_2 \leq 300$ мм рт.ст. при PEEP или CPAP ≥ 5 смH₂O

100 мм рт.ст. $< P_{aO_2}/FiO_2 \leq 200$ мм рт.ст. при PEEP ≥ 5 смH₂O

$P_{aO_2}/FiO_2 \leq 100$ мм рт.ст. при PEEP ≥ 5 смH₂O

Все перечисленные признаки

Все неверно

Показатели оксигенации, характерные для тяжелого острого респираторного дистресс-синдрома:

200 мм рт.ст. $< PaO_2/FiO_2 \leq 300$ мм рт.ст. при PEEP или CPAP ≥ 5 смH₂O

100 мм рт.ст. $< PaO_2/FiO_2 \leq 200$ мм рт.ст. при PEEP ≥ 5 смH₂O

- $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ мм рт.ст. при PEEP ≥ 5 смH₂O

Все перечисленные признаки

Все неверно

Суточная энергетическая потребность пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии равна:

15 – 20 ккал на 1 кг массы тела

20 – 25 ккал на 1 кг массы тела

-25 – 30 ккал на 1 кг массы тела

30 – 35 ккал на 1 кг массы тела

35 – 40 ккал на 1 кг массы тела

Противопоказанием к энтеральному питанию является:

-Артериальная гипотензия с высокой вазопрессорной поддержкой

Бессознательное состояние

Возраст старше 70 лет

Наличие морбидного ожирения, в 1 неделю нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии:

Признак непереносимости энтерального питания:

-Значительный остаточный объем желудочного содержимого

Отсутствие отделяемого по назогастральному зонду

Отсутствие вздутия живота

Появление перистальтики кишечника на фоне энтерального питания

Появление аспирационного синдрома на фоне питания

Внутривенное восполнение дефицита жидкости при ожогах у взрослых пациентов проводится:

Если площадь ожоговой поверхности более 3%

Если площадь ожоговой поверхности более 5%

Если площадь ожоговой поверхности более 7%

Если площадь ожоговой поверхности более 10%

-Если площадь ожоговой поверхности более 15%

Тяжелый ожоговый шок у взрослых пациентов развивается если:

Площадь поверхностного ожога 10% и более, глубокого ожога 5% и более

Площадь поверхностного ожога 15% и более, глубокого ожога 10% и более

Площадь поверхностного ожога 20% и более, глубокого ожога 15% и более

Площадь поверхностного ожога 30% и более, глубокого ожога 15% и более

-Площадь поверхностного ожога 40% и более, глубокого ожога 20% и более

Крайне тяжелый ожоговый шок у взрослых пациентов развивается если:

Площадь поверхностного ожога 10% и более, глубокого ожога 10% и более

Площадь поверхностного ожога 15% и более, глубокого ожога 15% и более

Площадь поверхностного ожога 20% и более, глубокого ожога 25% и более

Площадь поверхностного ожога 30% и более, глубокого ожога 30% и более

-Площадь поверхностного ожога 60% и более, глубокого ожога 40% и более

Границей между верхними и нижними дыхательными путями является:

переход носоглотки в ротоглотку

корень надгортанника

-голосовая щель

перстне-щитовидная мембрана

бифуркация трахеи

К неинвазивным методам респираторной поддержки НЕ относится:

Искусственная вентиляция легких через носовую маску

Искусственная вентиляция легких через полнолицевую маску

-Искусственная вентиляция легких через эндотрахеальную трубку

CPAP внутри шлема

ручная вентиляция мешком Амбу с ороназальной маской

Цель комбинации местных анестетиков с адреналином:

Позволяет использовать этот метод анестезии при шоках

Применяется для профилактики возникновения головных болей после анестезии

-Увеличивает продолжительность действия и выраженность анестезии

Не используется у пациентов старческого возраста

Исключает аллергические реакции

Более предсказуемое распространение местного анестетика в субарахноидальное пространство обеспечивают:

- гипобарические растворы
- гипербарические растворы
- изобарические растворы
- растворы глюкозы
- физиологические растворы

Пульсоксиметрическая сатурация отображает:

- содержание кислорода в артериальной крови (в % от нормы)
- содержание кислорода в капиллярной крови (в % от нормы)
- содержание кислорода в смешанной венозной крови (в % от нормы)
- отношение содержания оксигенированного гемоглобина к общему гемоглобину в пульсирующем потоке крови (в %)
- отношение кислорода к углекислоте в капиллярной крови (в %)

Для определения успешной интубации трахеи используют:

- Измерение двуокиси углерода в выдыхаемом воздухе (капнография)
- Концентрация кислорода в выдыхаемом воздухе
- Измерение СО в артериальной крови
- Измерение концентрации кислорода во вдыхаемом воздухе
- Измерение симптома «бледного пятна»

Ларингеальная маска:

- Надежно защищает дыхательные пути от аспирации
- Не предотвращает аспирацию
- Используется при проведении операции у пациентов с «полным желудком»
- Применяется только у геронтологических пациентов
- Применяется только в акушерстве

Трудная интубация:

- Три попытки стандартной ларингоскопии для правильной установки эндотрахеальной трубки
- Одна попытка стандартной ларингоскопии для правильной установки эндотрахеальной трубки
- Семь попыток стандартной ларингоскопии для правильной установки эндотрахеальной трубки
- Пять попыток стандартной ларингоскопии для правильной установки эндотрахеальной трубки

Восемь попыток стандартной ларингоскопии для правильной установки эндотрахеальной трубки

Что из нижеперечисленного может вызвать замедленное восстановление собственного спонтанного дыхания в послеоперационном периоде:

Использование местных анестетиков

Использование анальгина

-PaCO₂ в выдыхаемом воздухе 25 мм. рт. ст

PaCO₂ в выдыхаемом воздухе 45 мм. рт. ст

Использование антибиотиков

При изменении положения пациента на операционном столе необходимо в первую очередь контролировать:

-Положение эндотрахеальной трубки

Диурез

Электрокардиограмму

Термометрию

Электроэнцефалограмму

При трудной интубации методом спасения жизни является:

-Экстренная коникотомия

Трахеостомия

Вентиляция «рот в рот»

Тройной прием Сафара

Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Злокачественная гипертермия развивается при использовании:

-Мышечных релаксантов (дитилин)

Кетамина

Пропофола

Дантролена

Гидрокортизона