

Перечень тестовых вопросов для итоговой аттестации по ДПП «Экстремальные состояния при политравме»

1. На догоспитальном этапе при политравме оказывают неотложную помощь:
Прекращают кровотечение, при нарушении дыхания обеспечивают проходимость дыхательных путей и искусственную вентиляцию легких (ИВЛ), при остановке сердца делают непрямой массаж и используют медикаментозные средства;
Осуществляют транспортную иммобилизацию и обезболивание.
Выполняют окончательную остановку кровотечения, введение ПСС
Неотложная врачебная помощь оказывается в очаге, на сортировочной площадке, в медицинском пункте, в машине СМП, в реанимобиле.
2. Выберите современное определение политравмы
Повреждение двух и более анатомических областей
Сочетанное, множественное, полифокальное повреждение
Наличие двух или более зон повреждения в одной или нескольких анатомических областях, когда одно из повреждений или их сочетание представляет опасность для жизни и здоровья потерпевшего и требует проведения неотложных мероприятий квалифицированной или специализированной скорой помощи.
3. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является
отсутствие пульса и АД
остановка дыхания
отсутствие сознания
акроцианоз
отсутствие сердечных тонов
4. Показанием к прямому массажу сердца является
остановка дыхания
остановка сердца
потеря сознания
отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут
фибриляция сердца
5. При наличии проникающей черепно-мозговой травмы с активным артериальным кровотечением из краев раны хирург должен:
наложить швы на кровоточащую рану
наложить давящую повязку
произвести первичную хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов, удалением костных отломков и ушиванием раны наглухо
произвести перевязку сосудов и наложить шов на рану
произвести тампонаду раны
6. При тампонаде сердца наблюдается
снижение артериального давления
цианоз лица
расширение границ сердца
глухость тонов
7. Показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются

пневмоторакс
гемоторакс
свернувшийся гемоторакс
продолжающееся кровотечение в плевральную полость
сам факт проникающего ранения

8. В лечении пострадавших с тяжелыми переломами костей таза не применяется
противошоковая терапия
восполнение кровопотери
раннее вставание и активизация пострадавшего (функциональное лечение)
репозиция смещенных отломков таза
профилактика и лечение возникающих осложнений

9. При переломах костей таза чаще всего повреждаются
простата у мужчин и яичники у женщин
уретра (простатическая ее часть)
дистальная часть мочеиспускательного канала
мочевой пузырь
влагалище у женщин и половой член у мужчин

10. Коникотомия проводится на уровне
Ниже подъязычной кости
Между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
Между перстневидным и щитовидным хрящами

11. Клиника острой кровопотери возникает при кровопотере, равной
250 мл
500 мл
1000 мл.
1500 мл
2000 мл

12. Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД
Менее 60 мм вод.ст.
От 60 до 120 мм вод.ст.
От 130 до 180 мм вод.ст.
От 190 до 240 мм вод.ст.
Свыше 240 мм вод.ст.

13. Основным показанием к гемотрансфузии является
Парентеральное питание
Стимуляция кроветворения
Значительная анемия от кровопотери
Дезинтоксикация
Иммунокоррекция

14. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при
переливании несовместимой крови, является
Анафилаксия
Острый внутрисосудистый гемолиз
Снижение АД
Гипертермия

Отек мозга

15. GSC — шкалу комы Глазго используют для классификации
Степени неврологических нарушений, глубины расстройств сознания после травмы
головного мозга.
Для совокупной оценки тяжести шока.
16. Абсолютным показанием к ИВЛ у больных с возникшей дыхательной
недостаточностью при шоке служит уровень рО₂ при ингаляции чистым кислородом:
Ниже 40 рт.ст.
Ниже 50 рт.ст.
Ниже 60 рт.ст.
Ниже 70 рт.ст.
17. В «триаду смерти» при политравме относят
гипотонию, гиповолемию, острую дыхательную недостаточность
гипертермию, гиповолемию, острую дыхательную недостаточность
Ацидоз, гипотермию, коагулопатию
18. Вливание 1л физиологического раствора хлористого натрия увеличивает объем
циркулирующей крови
на 1000мл
на 750 мл
на 500мл
на 250мл
менее 250мл
19. Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет
50мл/кг
60 мл/кг
70 мл/кг
80 мл/кг
90 мл/кг
20. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода
обеспечивает гематокрит не ниже
20-25%
30%
35%
40%
45%
21. Лечение острой кровопотери на начальных этапах начинают с переливания
Эритроцитной массы
Донорской крови
Кристаллоидных растворов
Коллоидных растворов
22. Для лечения гиповолемии вначале используют
Вазопрессоры
Кардиотонические средства
Плазмозаменители

Эритромаксу
Донорскую кровь

23. Основной причиной смерти больного при острой кровопотере является

Дефицит гемоглобина

Гиповолемия олигоцитемическая

Гиперпротеинемия

Коагулопатия

Расстройство микроциркуляции и метаболизма от гиповолемии

24. Гипотермия при политравме наблюдается у 40-45% пострадавших. Она

повышает риск развития СПОН в 3 раза

повышает риск развития СПОН в 2 раза

Не влияет на развитие полиорганной недостаточности

Повышает выживаемость организма в условиях гипоксии

25. При дыхательной недостаточности показанием для перевода больного на ИВЛ служит

pO_2 ниже 60 мм рт.ст. при ингаляции 50% кислородной смесью

pO_2 ниже 60 мм рт.ст. при ЧД более 35 в мин

pO_2 ниже 60 мм рт.ст. при ЖЕЛ менее 10-15 мл/

pO_2 ниже 60 мм рт.ст. при силе вдоха менее 25см водного столба

$PaO_2 < 50$ мм рт.ст. при оксигенотерапии, $PaCO_2 > 60$ мм рт.ст. и $pH < 7,3$

26. При решении вопроса о переводе больного на ИВЛ ориентируются на:

только pO_2

только pCO_2

большое значение имеют показатели pO_2 и pCO_2 , нарушение ритма дыхания, признаки гипоксии мозга

pO_2 и ЖЕЛ

pO_2 и силу вдоха

27. При проведении взрослым наружного массажа сердца ладони следует расположить:

на верхней трети грудины

на границе верхней и средней трети грудины

на границе средней и нижней трети грудины

В пятом межреберном промежутке слева

На уровне мечевидного отростка

28. При лечении асистолии применяют

наружный массаж сердца

внутривенное введение адреналина

Внутривенное струйное введение бикарбоната натрия

Показаниями к переливанию плазмозаменителей являются

гиперволемиа

нормоволемиа

гиповолемиа

уровень гематокрита 45-50%

высокий лейкоцитоз

29. Олигурия определяется, если суточный диурез составляет
Менее 600 мл/сут
Менее 500 мл/сут
Менее 400 мл/сут
Менее 300мл/сут
Менее200 мл/сут

30. Патогенетически обоснованным мероприятиями при травматическом шоке являются:
Возмещение кровопотери
Устранение острой дыхательной недостаточности
Блокирование очага патологической импульсации
Восстановление или протезирование функции пораженных органов
Назначение седативных препаратов

32. В основе патогенеза любого вида шока
централизация кровообращения и снижение АД
острая многоуровневая гипоперфузия, манифестирующая прогрессирующей
мультиорганной дисфункцией.
Острая дыхательная недостаточность
Олигурия

33. Основные диагностические критерии шока
Систолическое АД ниже 90 мм.рт. ст. или снижение возрастного уровня более 40 мм. рт. ст.
Холодный липкий пот
Бледность или цианоз с признаками нарушения периферической перфузии - симптом «белого пятна» дольше 3 секунд;
Гипертермия
Холодность кожных покровов

34. Стадии шока в современном представлении
Эректильная и торпидная
Компенсации, декомпенсации. терминальная

35. Дополнительные клинические признаки шока:
Изменение сознания и психического статуса
Индекс Алговера более 0,6
Нарушение мочевыделения.
Индекс Алговера более 1,5

36. В течение «золотого часа» с момента развития шока необходимо:
Стабилизировать САД не ниже 80 мм.рт. ст. и при кровотечении до 70 мм. рт. ст.
Стабилизировать САД не ниже 90 мм.рт. ст.
Стабилизировать САД не ниже 100 мм.рт. ст.
Привести ЧСС от 60 до 110 ударов
Привести ЧСС от 60 до 90 ударов

37. В течение «золотого часа» с момента развития шока необходимо обеспечить
Сатурация крови - не ниже 90% по пульсоксиметрии

Сатурация крови - не ниже 99% по пульсоксиметрии
Сатурация крови - не ниже 85% по пульсоксиметрии
ЦВД - не выше 15 см. вод.ст. или 10 мм. рт. ст.;

38. Адекватное обезболивание пациента при шоке

Немедленное применение наркотических и ненаркотических обезболивающих средств подкожно и внутримышечно

После начала внутривенной инфузионной терапии для предотвращения отрицательных гемодинамических эффектов.

Внутривенное медленное введение наркотических анальгетиков в комбинации с бензидиазепинами. Препараты разводятся в физиологическом растворе в 5-10 раз.

Быстрое внутривенное введение анальгетиков и седативных.

Потенцирование ненаркотическими анальгетиками, антигистаминными препаратами.

39. Примерная схема обезболивания и седации для взрослого пациента (70-80 кг веса):

0,1% Атропин 0,5-1 мг (0,5-1,0 мл), но не менее 0,5 мг, или 0,01 мг/кг веса тела + 0,5% Диазепам (седуксен, реланиум) 10-20 мг (2-4 мл) или 0,3 мг/кг веса тела + 0,005% Фентанил 0,1-0,15 мг (2-3 мл) или 1,5 мкг/кг веса тела (предпочтительная при интубации для ИВЛ) или 5% Грамадол 150-200 мг (2 мл) или 2-3 мг/кг веса тела или 5% Кетамин 50 мг (1,0 мл) или 0,6 мг/кг веса тела (не при ЧМТ)

50% анальгин – 4 мл + 2% дроперидол – 2 мл + 5% Кетамин 50 мг (1,0 мл) или 0,6 мг/кг веса тела

40. Первый этап лечения шока - инфузионная терапия

Начинается с введения полиглюкина струйно

Гиповолемический и дистрибутивный шок: 0,9% NaCl, раствор Рингер-лактата.

При неэффективности кристаллоидов и сохраняющийся гиповолемии - коллоидные растворы на модифицированной желатине, гидроксиэтилкрахмале или полиоксидонии (гелофузин, гемохес, стабизол, полиоксифумарин).

Начинается с введения изотонического раствора глюкозы

Начинается с переливания крови

41. Первый этап лечения шока - инфузионная терапия

Коррекции дегидратации и метаболического ацидоза – раствор гидрокарбоната натрия

Коррекции дегидратации и метаболического ацидоза - лактат, ацетат, фумарат или сукцинат (лактасол, ацесоль, мафусол, реамберин) растворами, эффект достигается через 5-10 минут от начала инфузии.

Применение форсированного диуреза

Возможно использование 7,5% NaCl с ГЭК или декстраном (гиперхаэс, гемостабил), но при *травматическом шоке* с ЧМТ они маскируют гипогидратацию и усиливают кровотечение.

42. Третий этап лечения шока - применение гормонов показано:

Для коррекции низкого АД раннее введение адреномиметиков

Стабилизация гемодинамики при скрытом кровотечении массивной инфузией и адреномиметиками.

При дистрибутивном шоке эффективны глюкокортикоиды.

При септическом шоке и острой надпочечниковой недостаточности – в/в 250–500 мг гидрокортизона.

При высокой спинальной травме – пульс-терапии 500–1000 мг метилпреднизолона.

43. Четвёртый этап лечения шока-адреномиметики и препараты кардио- и вазоактивного воздействия

При *гиповолемическом шоке* и отсутствии гемодинамического эффекта массивной инфузии - кратковременно дофамин 10 мкг/кг/мин, при продолжении кровотечения САД не должен превышать 70 мм.рт. ст.

Тяжёлый *геморрагический шок* при кровотечении из верхних отделов ЖКТ – болюсно в/в 1 мг терлипрессина.

При *дистрибутивном шоке* препарат выбора норадреналин.

При гиповолемическом шоке на догоспитальном этапе должны назначаться адреномиметики

44. Плазмозаменители вызывают все перечисленное, кроме
повышения гидростатического давления
повышения онкотического давления
перемещения внеклеточной жидкости в сосудистое русло
повышения транспортной функции
тромбоцитопении разведения

45. Тромбоэмболия легочной артерии после травмы обычно возникает через
3-7 дней
8-12 дней
13-21 дней
22-28 дней
30-36 дней

46. Госпитализации пациента с шоком проводится

После полного обследования и осмотра специалистами в приемном отделении в хирургическое или травматологическое отделение

При шоке пациент госпитализируется в отделение реанимации и интенсивной терапии или противошоковую палату.

47. При напряженном пневмотораксе и шоке лечение начинается с

Стабилизации гемодинамики

С ликвидации напряженного пневмоторакса.

48. При тяжёлой черепно-мозговой травме, полученной в результате ДТП, ведущими лечебными воздействиями являются:

Применение ноотропов, медикаментозной седации

Своевременная коррекция артериальной гипотонии (профилактика развития вторичной ишемии головного мозга).

Коррекция нарушения дыхания на этапах эвакуации и адекватное поддержание проходимости дыхательных путей.

49. В зависимости от объёма повреждения при ЧМТ - диффузное или очаговое, способность тканей мозга к ауторегуляции кровотока изменяется, церебральный кровоток становится более зависимым от центрального перфузионного давления. В связи с этим: При нормальных значениях ЦПД в диапазоне 50-70 мм Hg, возможна неадекватность ЦК. Вторичное увеличение внутричерепного давления может способствовать дальнейшему снижению ЦПД и усугублению ишемии.

Глубокая седация способствует адекватности церебрального кровотока уровню церебрального потребления кислорода и сохранению нормального метаболизма паренхимы.

50. Ожоговый шок развивается при ожогах

Более 15% поверхности тела или глубоких ожогах более 10% поверхности тела

Более 25% п.т. и глубоких ожогах более 15%

У обожженных пожилого и старческого возраста, стяземыми сопутствующими заболеваниями, у детей младшего возраста ожоговый шок может развиваться уже при поражении более 5-10% поверхности тела.

Ожоговый шок при ограниченных ожогах может развиваться и в случаях поражения шокогенных зон (лицо, кисти, область половых органов), а также при глубоких субфасциальных поражениях.

51. При сочетании ожогов кожи с ингаляционным поражением тяжесть ожогового шока

Увеличивается.

Не изменяется

52. Ожоговый шок является

гиповолемическим.

Обструктивным

53. При ожоговом шоке выход жидкости из сосудистого русла в интерстициальное пространство при обширных ожогах происходит в течение

течение 2-4 часов

В течение 12-18 часов и более.

В течение 4-6 часов

54. В первые часы ожогового шока тяжесть состояния больного связана

С болевым синдромом и психо-эмоциональным стрессом, которые служат пусковым механизмом к нейро-эндокринному ответу и развитию системного воспалительного ответа.

С массивной плазмопотерей

С воспалительной реакцией на термическую травму

55. Основные клинические симптомы ожогового шока:

Жажда, сухость языка, озноб, бледность или мраморность кожных покровов, бледность слизистых.

Снижение температуры тела

Повышение температуры тела

56. Основные клинические симптомы ожогового шока:

Гемодинамические нарушения сразу после получения травмы.

Величина артериального давления не всегда соответствует тяжести поражения.

Нарушения функции почек (олигурия или анурия, гематурия, азотемия).

Нарушение функции ЖКТ (тошнота, рвота, вздутие живота, снижение или отсутствие перистальтики, желудочно-кишечное кровотечение)

57. Синдром "массивная трансфузия" включает все следующие компоненты, кроме повышения артериального давления

сердечно-сосудистого коллапса
кровоточивости раны
почечно-печеночной недостаточности
полиорганной недостаточности

·58. Величина диуреза, измеряемая с помощью постоянного катетера в мочевом пузыре, в диагностическом, лечебном и прогностическом отношении является наиболее информативным признаком тяжести состояния пациента при шоке и эффективности терапии.
Не может быть использована для контроля эффективности терапии

59. При достаточном объеме инфузии диурез не снижается
Менее 30 мл в час.
Менее 60 мл в час
Менее 15 мл в час
Выделение мочи в количестве 0,5-1,0 мл/кг/час является оптимальным и свидетельствует о хорошей микроциркуляции в почках

60. Синдром кишечной недостаточности при шоке включает Парез желудочно-кишечного тракта и острое расширение желудка. Они проявляются тошнотой, мучительной икотой, повторной рвотой, нередко цвета "кофейной гущи"
Возникновение острых язв с возможным кровотечением и перфорацией
Нарушение барьерной функции и патологической проницаемостью стенки кишки
Нарушение всасывания
Боли в животе, изжога, отрыжка

61. Из лабораторных показателей, которые также можно отнести к неблагоприятным в прогностическом отношении, в первую очередь необходимо отметить Смешанный ацидоз дефицитом буферных оснований равным (-7,5) мэкв/л и более.
Респираторный алкалоз

62. При обширных глубоких ожогах в периоде шока Возможна гиперкалиемия (разрушение эритроцитов). Из состава инфузионных сред в первые сутки препараты калия исключить!
Возможна гипокалиемия, необходимо включать препараты калия

63. Растворы альбумина применяются при ожоговом шоке
На всех стадиях
Только при нормализации проницаемости сосудистой стенки, прекращении нарастания отека в зоне ожога.

64. Показания к ИТТ при ожогах
Ожоги кожи более 15 % поверхности тела (эритема при расчете площади поражения не учитывается!) или глубокие ожоги более 10% п.т.
Ожоги кожи более 25 % поверхности тела (эритема при расчете площади поражения не учитывается!) или глубокие ожоги более 15% п.т

65. Расчет ИТТ при ожоговом шоке в 1 сутки
 $V(\text{мл.}) = 4\text{мл} \times \text{Масса тела (кг.)} \times \text{Площадь ожога (\%)}$ при ожогах менее 50% поверхности тела; при большей площади ожогового поражения расчет объема инфузии ведется на 50% п.т.

$V(\text{мл.}) = 2\text{мл} \times \text{Масса тела (кг.)} \times \text{Площадь ожога (\%)} \text{ при ожогах менее 50\% поверхности тела}$

65. Трансфузионная реакция во время наркоза проявляется всеми перечисленными симптомами, кроме
одышки
примеси крови в моче
гипотонии
диффузионного кровотечения из операционной раны
цианоза

66. Состав инфузии на основе мониторинга состояния предполагает

Тяжелое состояние: Кристаллоиды $1/3$ Коллоиды $2/3$
Тяжелое состояние: Кристаллоиды $2/3$ Коллоиды $1/3$
Крайне тяжелое состояние кристаллоиды 1 :коллоиды 1

66. При политравме следует отдавать предпочтение Ранней тотальной коррекции повреждений, включая ранний или одновременный с торако- и лапаротомией металлоостеосинтез (принцип ЕТС)
Разделению хирургической помощи при тяжелых повреждениях на два и более этапа, когда травматичность и длительность неотложного оперативного вмешательства превышают функциональные возможности организма, а одномоментное и окончательное восстановление поврежденных структур приведет либо к смерти пострадавшего, либо к тяжелым послеоперационным осложнениям. (принцип DCS)

67. Развитие ДВС в основном связано со всем перечисленным, кроме обширной травмы мягких тканей и скелета
массивных гемотрансфузий
трансфузий крови со сроком хранения от 2 до 3 дней в объеме 15%ОЦК
активации калликреин-кининовой системы
замедления кровотока

70. Острые состояния, наиболее часто осложняющиеся ДВС

- а) катетеризация, протезирование сосудов
- б) острая кровопотеря
- в) острый внутрисосудистый гемолиз
- г) грам-отрицательный сепсис
- д) острые вирусные заболевания
- е) злокачественные новообразования

71. Подострые состояния, осложняющиеся ДВС

- а) злокачественные новообразования
- б) локальные тромбозы
- в) прием гормональных контрацептивов
- г) варикозная болезнь
- д) всасывание продуктов распада гематом

72. Хронические состояния, осложняющиеся ДВС

- а) множественные , гигантские гемангиомы
- б) варикозная болезнь
- в) переливание несовместимой крови
- г) атеросклероз
- д) сахарный диабет

73. Развитие ДВС сопровождается всем перечисленным, кроме гипокоагуляции
гиперкоагуляции и гиперагрегации
понижения активности тромбоцитов
повышения активности тромбоцитов, концентрации тромбина
геморрагии при наличии микросвертков фибрина в системе микроциркуляции

74. ДВС в начальной стадии проявляется всем перечисленным, исключая геморрагический синдром, наличие острых язв желудочно-кишечного тракта
нарушение микроциркуляции в легких, почках, печени
острый канальцевый некроз почек
респираторную недостаточность
нарушение функции печени

75. Для 1 фазы ДВС-синдрома характерно все перечисленное, кроме малой кровоточивости раны, высокой эффективности хирургического гемостаза
тромбирования иглы при венепункции
наклонности к тромбозам
укорочения ВСК, АВР, АЧТВ, протромбинового времени Квика, тромбинового времени, положительных паракоагуляционных тестов, нормальной ФЛА
увеличения АВР, АЧТВ, тромбинового времени, высокой ФЛА

76. Для 2 фазы ДВС-синдрома характерно все перечисленное, кроме высокой локальной кровоточивости зоны операции
функциональной недостаточности органов
малой эффективности хирургического гемостаза
отсутствия генерализованного геморрагического синдрома
генерализованной активации фибринолиза

77. Для стабилизации аутокрови требуется гепарин в количестве
1000 ед гепарина на 500 мл крови
2000 ед гепарина на 500 мл крови
3000 ед гепарина на 500 мл крови
5000 ед гепарина на 500 мл крови

Переливание несовместимой крови вызывает
отек легких
тромбоз клубочков почек
диссеминированное внутрисосудистое свертывание
гемолитическую анемию
поражение почечных канальцев

78. Для 3 фазы ДВС-синдрома характерно все перечисленное, кроме значительного увеличения спонтанного времени свертывания крови, взятой из вены

резкого увеличения АВР, АЧТВ, протромбинового времени Квика, тромбинового времени, ФЛА, ПДФ
падения ниже критического уровня содержания в крови тромбоцитов, фибриногена и антитромбина Ш
укорочения ВСК, АВР, АЧТВ, протромбинового времени Квика, тромбинового времени

Уровень гематокрита эритроцитарной массы составляет
30%
40%
50%
60%
70%

79. Достоверным признаком ДВС является снижение фибриногена

ниже 1,75 г/л
до 2,0 г/л
до 2,5 г/л
до 3 г/л
до 3,5 г/л

80. Потери фибриногена происходят

в сгустках крови
на фильтрах систем
в сосудах микроциркуляции
при контактах крови с серозными оболочками

81. К факторам, способствующим развитию нарушений гемостаза при острой кровопотере, относятся

а) гиповолемия
б) ацидоз
в) агрегация форменных элементов, расстройство макро- и микроциркуляции
г) тромбоцитопения разведения

82. При диагностике ДВС важное значение приобретает все перечисленное, кроме

а) определения группы крови
б) тромбоэластографии
в) определения протромбинового времени
г) определения протромбинового индекса
д) определения концентрации антитромбина

83. Диагностика ДВС и острого нарушения гемостаза основывается на следующих показателях

фибриногена (1-1,5 г/л)
фибриногена (2-5,0 г/л)
тромбоцитов (160-320 $\times 10^9$ /л)
тромбоцитов (ниже 100-50 $\times 10^9$ /л)

84. Дезагреганты применяются
в 1 фазу ДВС

- в 1 и 2 фазу ДВС
 - в 2 и 3 фазу ДВС
 - в 4 фазу ДВС
85. Доза гепарина в 1 фазу ДВС составляет обычно
- 50-70 ЕД/кг
 - 30-50 ЕД/кг
 - 10-30 ЕД/кг
 - не применяется
86. В 3 фазу ДВС гепарин применяется в дозе
- 50-70 ЕД/кг
 - 30-50 ЕД/кг
 - 10-30 ЕД/кг под контролем времени свертывания крови
 - не применяется или вводят в микродозах 250-500 ЕД в зависимости от времени свертывания крови
87. Основные требования к применению свежзамороженной плазмы при ДВС
- а) применять в 1-2 фазу
 - б) применять в 3-4 фазу
 - в) применять во все фазы ДВС
 - г) необходимо струйное введение больших доз (10-15мл/кг)
 - д) необходимо «титрующее» введение малых доз СЗП
88. Показания к переливанию крови при ДВС
- анемия (эритроциты ниже $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин ниже 90г/л)
 - анемия (эритроциты ниже $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин ниже 100 г/л)
 - признаки гиперкоагуляции
 - признаки повышенной кровоточивости
 - содержание тромбоцитов ниже $100 \times 10^9 /л$
89. Показания к переливанию больших доз тромбоцитарной массы
- а) содержание тромбоцитов выше $150 \times 10^9 /л$
 - б) содержание тромбоцитов ниже $150 \times 10^9 /л$
 - в) содержание тромбоцитов ниже $100 \times 10^9 /л$
 - г) содержание тромбоцитов ниже $50 \times 10^9 /л$
90. Ингибиторы протеолиза при ДВС
- применяются во все фазы
 - применяются в 1-2 фазу
 - применяются в 3-4 фазу
 - предпочтительнее естественные антипротеазы
 - предпочтительнее сочетание естественных антипротеаз с аминокaproновой кислотой во все фазы ДВС
91. Глюкокортикоиды при ДВС
- применяются в среднетерапевтических дозах
 - необходимы высокие дозы (гидрокортизон – до 3000мг/сут)
 - не применяются
92. Критерии эффективности лечения ДВС
- нормализация показателей коагулограммы

нормализация гемодинамических показателей
увеличение диуреза в 2-3 раза
уменьшение кровотечения и появление сгустков в теряемой крови

95. Первопричиной развития острой сердечной недостаточности в раннем периоде синдрома длительного раздавливания является
гиперкалиемия
плазмопотеря
выброс в кровеносное русло катехоламинов
закупорка почечных петель миоглобином
резкое повышение осмолярности (до 400 мосмоль/л) крови

96. Наиболее ярко клиника почечной недостаточности при синдроме длительного раздавливания наблюдается
в момент сдавления
сразу же после освобождения от сдавления
через несколько часов после освобождения от сдавления
через 3 суток после сдавления

97. Оказание медицинской помощи при синдроме длительного раздавливания предполагает (согласно клиническим рекомендациям)
Начало инфузионной терапии и щелочное питье должны быть выполнены как можно раньше, при возможности до восстановления периферического кровотока и освобождения конечности
У основания конечности накладывают кровоостанавливающий резиновый жгут. Затем освобождают конечность от сдавления.
Жгут накладывается только при артериальном кровотечении либо гангрене конечности

98. Бинтование конечности эластичным бинтом предотвращает венозный сброс по поверхностным венам, его следует проводить
От проксимального к дистальному отделу конечности
От дистального к проксимальному отделу конечности

99. После освобождения конечности от сдавления больному рекомендуется осуществить инфузию растворов, исключая
а) хлористый калий 10% - 30,0
б) реополиглюкин 400,0
в) глюкозо-калиево-инсулиновая смесь
г) раствор глюкозы 5% - 500,0
д) раствор новокаина 0,25% - 300,0

100. Развитие синдрома жировой эмболии характерно
А. Только для перелома длинных трубчатых костей
Б. Для сочетанной травмы
В. Для травмы головного мозга
Г. Для любого тяжелого состояния, сопровождающегося шоком, ДВС и т.д.