001. Дайте определение данному состоянию сознания. Больной плохо ориентируется в окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запозданием, монотонно, вял, апатичен:

Ясное

Ступорозное состояние (оглушенность)

Прекома

002. Дайте определение данному состоянию сознания. Больной спит, при громком окрике, тормошении просыпается, отвечает на вопросы, при прекращении внешних воздействий засыпает:

Ступорозное состояние

Сопорозное состояние (сомнолентность)

Прекома

003. Дайте определение данному состоянию сознания. Больной с закрытыми глазами, на вопросы не отвечает,на громкие, резкие раздражители (свет, звук, укол) открывает глаза:

Сопорозное состояние

Глубокий сопор, прекома

Кома

004. Дайте определение данному состоянию больного. Больной с закрытыми глазами, на обращенную речь,тормошение не реагирует, на сильные болевые раздражители возникают мимическая, защитная реакции, гипертонус сгибателей:

Прекоматозное состояние

Поверхностная кома

Глубокая кома

005. Дайте определение данному состоянию больного. Сознание отсутствует, реакции на внешние раздражители отсутствуют:

Прекоматозное состояние

Поверхностная кома

Глубокая кома

006. Дайте определение данному положению больного. Больной неподвижен, голова и конечности свешиваются, тело сползает к ножному концу:

Активное

Пассивное

Вынужденное

007. Оцените тургор кожи. Кожная складка на животе после снятия пальцев долго не расправляется:

Повышен

Снижен

Нормальный

008. Дайте определение данного типа дыхания. Глубокое, редкое дыхание с большими дыхательными движениями, сопровождается громким шумом:

Грокка

Чейна-Стокса

Биота

Куссмауля (машинного типа, ацидотическое)

009. Дайте определение данного типа дыхания. После продолжительной дыхательной паузы (апноэ)появляется бесшумное поверхностное дыхание, которое быстро нарастает по глубине, становится шумным и достигает максимума на 5-7 дыхании, а затем в той же последовательности убывает и заканчивается следующей кратковременной паузой:

Грокка

Чейна-Стокса

Биота

Куссмауля

010. Определите причину выявляемых у больного изменений. Внезапная резкая слабость, бледность, цианоз кожных покровов, похолодание конечностей, нитевидный пульс, снижение АД, тоны сердца ритмичные, ясные:

Обморок

Острый сердечный коллапс

Коллапс (острая сосудистая недостаточность)

011. Определите причину выявляемых у больного изменений. Внезапная резкая слабость, бледность, цианоз кожных покровов, похолодание конечностей, нитевидный пульс,снижение АД, тоны сердца аритмичные, ослабленные:

Обморок

Острый сердечный коллапс (острая сердечнаянедостаточность)

Коллапс

012. Определите причину выявляемых у больного изменений. Удушье, кашель, дыхание клокочущее, пенистая, розовая мокрота, над легкими масса влажных, разнокалиберных хрипов, ритм галопа, пульс резко учащен, нитевидный:

Приступ бронхиальной астмы

Острая левожелудочковая недостаточность (отек легких)

Острая сосудистая недостаточность

013. Определите причину выявляемых сомато-вегетативных проявлений. Миоз, бледность, гипергидроз, гиперсаливация, бронхорея, гипотермия:

Понижение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы

Повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (мускариноподобный, м-холиномиметический синдром)

Атропиноподобный синдром

014. Определите причину выявляемых сомато-вегетативных проявлений. Мидриаз, гиперемия, сухость кожных покровов ислизистых оболочек, гипертермия:

Понижение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (атропиноподобный, м-холинолитический синдром)

Повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы

Мускариноподобный синдром

015. Определите возможную причину наблюдаемых изменений. Гепатомегалия, иктеричность склер и кожных покровов, гипербилирубинемия с увеличением обеих фракций, в моче положительная реакция на билирубин, высокая активность АлАТ, АсАТ, кал светлее обычного:

Гемолитическая желтуха

Паренхиматозная желтуха (гепатопатия)

Обтурационная желтуха

016. Определите возможную причину наблюдаемых изменений. Состояние тяжелое, рвота, одышка, тахиаритмия, оглушенность, суточный диурез до 500 мл, протеинурия, гематурия, цилиндрурия, гиперкреатининемия.

Олигоанурическая стадия ОПН

Полиурическая стадия ОПН

Стадия восстановления диуреза ОПН

017. Типичными клиническими проявлениями отравления барбитуратами являются:

Угнетение сознания (кома)

Психомоторное возбуждение, галлюцинации

Повышение артериального давления

На ЭКГ - замедление внутрижелудочковой проводимости по типу блокады

Мидриаз

018. При отравлении фенобарбиталом III стадии (тяжелое) проводятся:

Внутривенное введение эзерина (прозерина)

Внутривенное введение кордиамина

Внутривенное введение налоксона

Внутривенное введение бемегрида (70-100 мл)

Форсированный диурез (с ощелачиванием)

019. Для первой стадии отравления барбитуровыми снотворными характерно:

Психомоторное возбуждение, галлюцинации

Ступорозное, сопорозное состояние (оглушенность, сомнолентность)

Отсутствие сознания (поверхностная кома)

Трофические расстройства кожи

Центральные нарушения дыхания

020. Средствами форсирования диуреза при отравлении лекарственными веществами психотропного действия являются:

0,9% раствор хлорида натрия

20% раствор глюкозы

Полиглюкин

4% раствор бикарбоната натрия

021. На второй стадии острого отравления препаратамиопия ведущими симптомами являются:

Расширение зрачков (мидриаз)

Повышение артериального давления

Снижение артериального давления

Мышечная гипотония

Повышение мышечного тонуса по спастическому типу

022. Для второй стадии отравления лекарственнымивеществами психотропного действия характерно:

Отсутствие сознания (поверхностная кома)

Сомнолентное (сопорозное) состояние

Отсутствие реакции на болевые раздражения

Выраженные нарушения гемодинамики

Центральные нарушения дыхания

023. Для четвертой стадии отравления лекарственными веществами психотропного действия характерно:

Сомнолентное (сопорозное) состояние

Отсутствие сознания

Отсутствие корнеальных рефлексов

Отсутствие реакции на болевые раздражители

Пассивное положение больного

024. Основными клиническими симптомами нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой системы при третьей стадии отравления барбитуратами являются:

Токсическая кардиомиопатия

Брадикардия

Артериальная гипертония

Не кардиогенный отек

На ЭКГ - замедление внутрижелудочковой проводимости по типу блокады

025. Для третьей стадии острого отравления лекарственными веществами психотропного действия (барбитуратами) характерно:

Сомнолентное (сопорозное) состояние

Угнетение сознания (глубокая кома)

Реакция на болевые раздражители в виде отклонения головы

Гиперемия лица и верхней половины туловища

Повышение температуры тела

026. Наиболее характерными осложнениями третьей стадии отравления барбитуратами являются:

Тромбоэмболические осложнения

Двусторонняя гипостатическая пневмония

Нарушение механизма акта дыхания (паралич дыхательной мускулатуры)

Астенический синдром, депрессия

Амавроз (временная потеря зрения)

027. Наиболее характерными признаками третьей стадии отравления опиатами являются:

Психомоторное возбуждение, бред, галлюцинации

Резкий мидриаз

Резкий миоз (маковое зернышко), мидриаз в момент апноэ

Повышение мышечного тонуса по спастическому типу

Тахипноэ

028. При отравлении опиатами проводятся:

Введение налоксона

Введение прозерина

Промывание желудка (при парентеральном приеме)

Введение унитиола

Введение 4-метилпиразола

029. Концентрация этилового алкоголя в крови, при которой чаще развивается коматозное состояние:

1-1,5 г/л

около 3 г/л

5-6 г/л

8-10 г/л

свыше 10 г/л

030. При отравлении метиловым спиртом наиболее характерно:

Токсический гепатит

Токсическая нефропатия

Гипергидроз, гиперсаливация, бронхорея

Необратимое нарушение зрения

Выраженный метаболический алкалоз

031. При отравлении этиленгликолем наиболее характерно:

Выраженная брадикардия

Необратимое нарушение зрения

Гипергидроз, гиперсаливация, бронхорея

Выраженный метаболический алкалоз

Поражение почек (некронефроз) и печени

032. Длительность токсикогенной фазы при отравлении метиловым спиртом и этиленгликолем:

6-12 часов

12-24 часа

24-28 часов

48-72 часа (медленное выведение метаболитов)

033. При отравлении алкоголем (алкогольной коме) необходимо:

Введение реланиума внутривенно

Сифонная клизма

Ускорение окисления алкоголя (10-20% р-р глюкозы с тиамином)

Гемосорбция

Коррекция метаболического алкалоза

034. Лечение отравлений метиловым спиртом включает:

Ускорение окисления метанола (10-20% р-р глюкозы с тиамином)

Коррекция метаболического алкалоза

Введение этилового спирта, 4-метилпиразола (антидот)

Введение реланиума внутривенно

Перманентное введение налоксона

035. Лечение отравлений этиленгликолем включает:

Ускорение окисления этиленгликоля (10-20% р-р глюкозы с тиамином)

Коррекция метаболического алкалоза

Введение этилового спирта, 4-метилпиразола (антидот)

Введение реланиума внутривенно

Перманентное введение налоксона

036. Применение этанола в качестве антидота при отравлении метиловым спиртом и этиленгликолем предусматривает:

Однократное применение этилового спирта перорально (до 0,5 л)

Введение до достижения концентрации в крови 1 г/л

Применение этилового спирта в смеси с изопропиловым спиртом (1:2)

Длительность лечения одни сутки

Длительность лечения 10-14 суток (на протяжении госпитализации)

037. К истинным суррогатам алкоголя относятся:

Гидролизный и сульфитный спирты, денатураты

Антифриз (этиленгликоль), этилцеллосольв

Метиловый спирт

Изопропиловый спирт

Бутиловый спирт

038. К ложным суррогатам алкоголя относятся:

Гидролизный и сульфитный спирты, денатураты

Антифриз (этиленгликоль), этилцеллосольв

Одеколоны и лосьоны

Клей "БФ"

Морилка для дерева "Нигрозин"

039. Содержание алкоголя в крови 5,4 г/л, а в моче-4,5 г/л, определенное у больного, свидетельствует о:

Фазе резорбции (всасывания)

Фазе динамического равновесия

Фазе элиминации (выведения)

040. Фосфорорганические вещества могут быть использованы как:

Бытовые инсектициды, акарициды, фунгициды

Органические удобрения

Жидкости для разжигания огня

Органические растворители

Средства

041. Наиболее частым путем поступления фосфорорганических соединений в организм является:

Пероральный

Перректальный

Вагинальный

Парентеральный (внутривенный)

042. Наиболее значимыми в патогенезе отравления фосфорорганическими веществами являются:

Активация гидролиза ацетилхолина

Блокада активности моноаминоокидаз

Активация функции ацетилхолинэстераз

Блокирование функции ацетилхолинэстераз

Прямое блокирующее действие на адренорецепторы

043. Признаками центрального токсического действия фосфорорганических веществ являются:

Психические расстройства, угнетение сознания

Резкий мидриаз

Паралич дыхательной мускулатуры

Гипергидроз

044. Признаками мускариноподобного токсического действия фосфорорганических веществ являются:

Миоз (даже после смерти)

Мидриаз (наиболее ранний признак)

Гиперемия, сухость

Тахикардия, уменьшение систолического показателя

Гипотония гладкой мускулатуры бронхов, кишечника

045. Признаками никотиноподобного токсического действия фосфорорганических веществ являются:

Гиперкинезы хореического и миоклонического типа, миофибрилляции

Гипотония гладкой мускулатуры бронхов, кишечника

Спазм мышц радужной оболочки глаза

046. При отравлении фосфорорганическими веществами выявляются следующие нарушения функции дыхания:

Понижение функции бронхиальных желез

Повышение функции бронхиальных желез (бронхорея)

Увеличение скорости выдоха

Рестриктивные нарушения дыхания

Ларингоспазм, отек гортани

047. При отравлении фосфорорганическими веществами выявляются следующие нарушения функции сердечно-сосудистой системы:

Ранний гипотонический синдром

Постоянные эктопические очаги возбуждения на ЭКГ

Укорочение электрической систолы на ЭКГ

Тахикардия

Брадикардия

048. Нарушения функций желудочно-кишечного тракта, печени и почек при отравлении фосфорорганическими веществами обусловлены:

Спазмом гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта

Развитием дискенезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу

Прямым повреждающим действием ФОВ на гепатоцит

Прямым повреждающим действием ФОВ на почки

Прямым повреждающим действием на клетки поджелудочной железы

049. Возможный на 2-8 день рецидив интоксикации приотравлении фосфорорганическими веществами вследствие поступления яда из депо (кишечник, жировая ткань и др.), как правило:

Более тяжелый, чем начальные проявления

Не отличается по тяжести от начальных проявлений

Менее тяжелый, чем начальные проявления

050. Укажите, в каком случае может быть поставлен диагноз отравления фосфорорганическими веществами:

Потеря сознания, анизокория, брадикардия, односторонняя арефлексия и атония сгибательной мускулатуры

Потеря сознания, миоз, миофибрилляции, брадикардия, гиперсаливация, бронхорея, гипертонус сгибательной мускулатуры

Потеря сознания, гиперемия лица, сухость слизистыхи кожных покровов, мидриаз, тахикардия

051. При пероральном отравлении фосфорорганическими веществами тяжелой степени проводятся:

Применение ипекакуаны

Введение через зонд оливкового масла (всасывается вкишечнике)

Введение энтерособента (в микроклизме)

Дезактивационная обработка кожи и слизистых

Специфическая (антидотная) терапия

052. Специфическая (антидотная) терапия отравлений фосфорорганическими веществами включает:

Применение адреномиметиков

Применение холинолитиков (атропин)

Применение бета-адреноблокаторов

Применение ингибиторов холинэстеразы (прозерин)

053. Доза атропина, рекомендуемая для интенсивной антидотной терапии при отравлении фосфорорганическими веществами второй стадии составляет:

2-3 мг

20-25 мг

30-35 мг

054. Доза атропина, рекомендуемая для поддерживающей антидотной терапии при отравлении фосфорорганическими веществами второй стадии составляет:

4-6 мг

30-50 мг

100-150 мг

055. Признаком адекватности дозы атропина при проведении антидотной терапии отравления фосфорорганическими веществами является:

Умеренное расширение зрачков

Умеренное сужение зрачков

Увеличение числа дыхательных движений

Повышение сухожильных рефлексов

Увеличение влажности кожных покровов

056. Для лечения сердечно-сосудистой недостаточности при отравлении фосфорорганическими веществами применяются:

Наркотические анальгетики

Искусственная вентиляция легких

Допамин, добутрекс, дофамин

Сердечные гликозиды

Эуфиллин

057. Для лабораторной диагностики отравления фосфорорганическими веществами используются:

Выявление повышения активности ацетилхолинэстераз (эритроцитарной и плазматической)

Выявление снижения активности ацетилхолинэстераз (эритроцитарной и плазматической)

Выявление нормальной активности ацетилхолинэстераз (эритроцитарной и плазматической)

058. Показаниями для применения экстракорпоральных методов очищения организма (гемосорбция, гемодиализ, гемофильтрация и др.) при отравлении ФОВ являются:

Отравление первой стадии

Отравление третьей стадии

Снижение активности ацетилхолинэстеразы до 70% от нормы (легкой степени)

Снижение активности ацетилхолинэстеразы до 50% от нормы (средней степени)

Указание на контакт с ФОВ

059. Наиболее частым осложнением тяжелых отравлений фосфорорганическими веществами является:

Пневмония

Позиционная компрессия мягких тканей

Острая печеночная недостаточность

Острая почечная недостаточность

Острая надпочечниковая недостаточность

060. Специфическую (антидотную) терапию при установлении диагноза отравления фосфорорганическими веществами на догоспитальном этапе начинает проводить:

Врач скорой медицинской помощи

Врач приемного отделения стационара

Врач отделения или палаты интенсивной терапии

061. Продуктом неполного сгорания углеродсодержащих соединений - основным токсическим компонентом выхлопных газов автомобилей, дыма при пожарах, неисправных печах и др. является:

Двуокись углерода

Окись углерода (угарный газ)

Метан

062. В результате взаимодействия угарного газа с гемоглобином образуется:

Карбогемоглобин

Карбоксигемоглобин (НвСО)

Метгемоглобин

063. Через какое время после выведения пострадавшего из токсической атмосферы окись углерода полностью исчезает из крови и карбоксигемоглобин не определяется:

Через 6 часов

Через 12 часов (атмосферный воздух)

Через 24 часа

064. Наиболее важной в патогенезе отравления окисью углерода представляется гипоксия:

Гипоксическая

Циркуляторная

Гемическая (транспортная)

Тканевая (гистотоксическая)

065. Наиболее чувствительными к действию окиси углерода являются:

Нервная ткань

Миокардиальная ткань

Эмбриональная ткань

Паренхима печени

Паренхима почек

066. Содержание карбоксигемоглобина в крови у больного с отравлением окисью углерода средней степени тяжести, определенное непосредственно на месте происшествия, составляет:

Около 20%

Около 50%

Около 60-70%

067. Наиболее ранним признаком отравления окисью углерода легкой степени является:

Головная боль опоясывающая - "симптом обруча"

Акатизия

Расстройства аккомодации

Кратковременная потеря сознания

Гипергидроз, гиперсаливация

068. Основным признаком отравления окисью углерода средней степени является:

Малиновая окраска кожи и слизистых

Возбуждение, беспокойство, галлюцинации,потеря рассудка

Оглушенность, кратковременная потеря сознания

Коматозное состояние

Гипергидроз, гиперсаливация, резкий миоз

069. Кожные покровы при отравлении окисью углерода тяжелой степени в первые минуты после извлечения из токсической атмосферы чаще всего имеют окраску:

Обычную

Бледную (гипоксия)

Цианотичную (аноксия)

Гиперемированную

Малиновую (карбоксигемоглобин)

070. Для коматозного состояния при отравлении окисью углерода тяжелой степени наиболее характерно:

Повышение мышечного тонуса

Понижение мышечного тонуса

Сочетание гипотонии и гипертонии отдельныхгрупп мышц

Миофибрилляции

Паралич дыхательной мускулатуры

071. Для коматозного состояния при отравлении окисью углерода характерно:

Повышение сухожильных рефлексов

Понижение сухожильных рефлексов

Сочетание гипер- и гипорефлексии с несимметричных рефлекторных зон

Обязательное появление патологических рефлексов

Обязательное появление очаговой симптоматики

072. При коматозном состоянии вследствие отравления окисью углерода чаще всего выявляется:

Нормальный размер зрачков

Мидриаз

Миоз

Преходящая анизокория

"Кошачий" зрачок

073. Коматозное состояние при отравлении окисью углерода сопровождается появлением очаговой неврологической симптоматики:

У всех больных

В наиболее тяжелых случаях (аноксическая энцефалопатия)

Появление очаговой симптоматики исключено

074. Коматозное состояние при отравлении окисью углерода часто осложняется следующим тяжелым нарушением функции сердечно-сосудистой системы:

Дилатационная кардиомиопатия

Артериальная гипотония

Артериальная гипертония

Инфарктоподобное состояние

075. Коматозное состояние при отравлении окисью углерода чаще всего осложняется следующим нарушением функции дыхания:

Раздражение дыхательных путей

Токсический отек легких

Центральные нарушения дыхания

Вторичные пневмонии (аспирационная, гипостатическая)

Паралич дыхательной мускулатуры

076. Развитие острой почечной недостаточности при отравлении окисью углерода чаще всего может быть следствием:

Прямого повреждающего действия окиси углерода

Нарушения гемодинамики при шоке, коллапсе

Миоглобинурийного нефроза при рабдомиолизе

077. Коматозное состояние при отравлении окисью углерода сопровождается развитием трофических нарушений и позиционного сдавления мягких тканей:

Чаще и в более ранние сроки, чем при других экзотоксических комах

Не чаще и в обычные сроки, как и при другихэкзотоксических комах

Реже и в более поздние сроки, чем при другихкомах

078. Наиболее эффективными методами лечения отравления окисью углерода являются:

Нормобарическая и гипербарическая оксигенация, ацизол

Ингаляция карбогена

Гипобарическая оксигенация

Нейротропная терапия (глюкоза, аскорбиновая кислота, тиамин, пиридоксин, пирацетам, натрия оксибутират)

Синдромальная терапия осложнений

079. Наиболее частым поздним осложнением тяжелого отравления окисью углерода может быть:

Острый интоксикационный психоз

Поражения периферических нервов

Корсаковский амнестический синдром

Инвалидизирующая энцефалопатия

Острое воспаление поджелудочной железы

080. Больные, перенесшие острое отравление окисью углерода:

Нуждаются в диспансерном наблюдении невропатолога, психиатра, участкового терапевта и других специалистов

Не нуждаются в диспансерном наблюдении

081. Выявленное у больного сочетание клинических симптомов и синдромов: отсутствие сознания, бледность кожных покровов, мышечная гипотония, гипорефлексия, двусторонняя пневмония, тахипноэ, артериальная гипотония, наиболее вероятно при остром отравлении:

алкоголем

барбитуровыми снотворными (фенобарбиталом)

фосфорорганическими соединениями

окисью углерода

отравление опиатами

082. Наиболее широко используемый для лечения острых отравлений барбитуровыми снотворными метод форсированного диуреза предусматривает:

введение больших доз осмотических диуретиков (маннитола, мочевины)

введение больших доз салуретиков (лазикса, фуросемида)

водно-электролитную нагрузку (пероральную, парентеральную), осмотический диурез, салуретический диурез

введение коллоидных плазмозамещающих растворов (полиглюкина, реополиглюкина)

параллельное проведение операции замещения крови

083. Выявленное у больного сочетание клинических симптомов и синдромов: отсутствие сознания, гиперемия лица и верхней половины туловищаи конъюнктив, наклонность к миозу со снижением реакций зрачков на свет, тризм жевательной мускулатуры, артериальная гипертония, тахикардия, гиперсаливация, сохраненный рвотный рефлекс, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Наиболее вероятно при остром отравлении:

алкоголем

барбитуровыми снотворными

фосфорорганическими соединениями (карбофос)

окисью углерода

084. Дезинтоксикационная терапия при остром отравление алкоголем предусматривает:

введение 10% раствора кальция хлорида

введение 20% раствора глюкозы

детоксикационную гемосорбцию

введение преднизолона, дофамина

085. Выявленное у больного сочетание клинических симптомов и синдромов: нарушение сознания, гипергидроз, миоз со сниженными реакциями зрачков на свет, гиперсаливация, бронхорея, артериальная гипертония, брадикардия, миофибриллярные подергивания, рвота и жидкий стул с характерным запахом. Наиболее вероятно при остром отравлении:

алкоголем (этиловый спирт)

барбитуровыми снотворными

фосфорорганическими соединениями

окисью углерода

086. Какое вторичное заболевание является наиболее частым проявлением поздней стадии ВИЧ-инфекции:

пневмоцистоз

брюшной тиф

туберкулез

лейшманиоз

087. Выявленное у больного сочетание клинических симптомов и синдромов: нарушение сознания, гиперемия кожных покровов, сменяющаяся бледностью и цианозом, сочетание гипотонии и гипертонии различных мышечных групп, сохраненные реакции зрачков на свет, разнокалиберные влажные хрипы над крупными бронхами итрахеей, признаки ишемических нарушений на ЭКГ, позиционная компрессия мягких тканей. Наиболее вероятно при остром отравлении:

алкоголем

барбитуровыми снотворными

фосфорорганическими соединениями

окисью углерода (угарным газом)

088. Средствами антидотной (специфической) терапии при отравлении окисью углерода являются:

4% раствор натрия бикарбоната

ингаляция кислорода, гипербарическая оксигенация

плазмозамещающие растворы, преднизолон, дофамин

растворы аскорбиновой кислоты, тиамина, пиридоксина, цианокобаламина

089. Выявленное у больного сочетание клинических симптомов и синдромов: угнетение сознания, отсутствие реакции на болевые раздражители, цианоз лица икожных покровов, резкое сужение зрачков "маковое зернышко", отсутствие реакций зрачков на свет, мышечная гипотония, арефлексия, брадипноэ, артериальная гипотония. Наиболее вероятно при остром отравлении:

алкоголем

барбитуровыми снотворными

фосфорорганическими соединениями

окисью углерода

наркотическими анальгетиками (опиатами)

090. Средствами антидотной (специфической) терапии при остром отравлении наркотическими анальгетиками являются:

5% р-р этилового спирта внутривенно или 30% р-ра внутрь (из расчета 1-2 г чистого алкоголя на 1 кг массы тела/сутки)

введение налоксона гидрохлорида (нарканти) по 0,4 мг внутривенно

0,05% р-ра прозерина по 1,0 п/к или 0,005% р-ра физостигмина по 1,0 п/к, или 0,1% р-ра эзерина по 1,0 п/к

5% р-ра пиридоксина - 10,0 внутривенно

091. Для соединений металлов наиболее частый следующий путь поступления яда в организм:

Пероральный

Ингаляционный

Перкутанный

Инъекционный

092. Для токсикокинетики соединений металлов наиболее характерен следующий этап:

Транспорт кровью на белках, аминокислотах

Депонирование в волосах, ногтях, костях, жировых депо

Выделение почками

Выделение слюнными железами и через слизистую кишечника

Выделение через легкие с выдыхаемым воздухом

093. В процессе выделения соединений металлов из организма развиваются все перечисленные поражения, КРОМЕ:

Колита

Нефроза

Артрита

Гингивита, паротита

Фолликулита, фурункулеза

094. Местное действие при отравлении соединениями металлов выражается во всех перечисленных проявлениях, КРОМЕ:

Раздражающего действия

Прижигающего действия

Гемолитического действия

Выделительных поражений

095. Специфичное резорбтивное действие соединений металлов заключается:

В блокировании SH-групп белков-ферментов

В поражении крови

В поражении почек

В поражении печени

В поражении центральной нервной системы

096. Наиболее характерным общим для соединений металлов в реализации их резорбтивного действия является:

Блокада SH-групп белков-ферментов

Гемолиз

Метгемоглобинемия

Блокада цитохромаР450

Перекисное окисление липидов

097. Наиболее часто острые отравления вызывались соединениями:

Ртути

Меди

Хрома

Железа

Мышьяка

098. Химический ожог наиболее характерен для отравления всеми перечисленными соединениями металлов, КРОМЕ:

Неорганических солей ртути

Солей меди

Солей железа неорганических

Солей таллия

Солей хрома

099. Токсический гастроэнтерит наиболее характерен для отравления всеми перечисленными соединениями металлов, КРОМЕ:

Солей меди

Солей хрома

Солей кадмия

Соединений мышьяка

Солей таллия

100. Синдром поражения нервной системы наиболее характерен для острых отравлений соединениями:

Ртути

Мышьяка

Таллия

Свинца

Меди

Серебра

Хрома

101. Токсическая энцефалопатия наиболее характерна для острых отравлений соединениями всех перечисленных металлов, КРОМЕ:

Ртути

Мышьяка

Меди

Свинца

Таллия

102. Судорожный синдром наиболее характерен для острых отравлений соединениями:

Серебра

Мышьяка

Хрома

Свинца

Таллия

103. Коматозное состояние наиболее характерно для токсикогенной фазы острых отравлений соединениями:

Меди

Ртути

Мышьяка

Хрома

Серебра

104. Токсические полиневриты характерны для острых отравлений соединениями:

Ртути

Меди

Хрома

Железа

Серебра

105. Острый гемолиз наблюдается при острых отравлениях соединениями всех перечисленных металлов, КРОМЕ:

Ртути

Меди

Мышьяка

Хрома

Марганца

106. Острая почечная недостаточность наиболее характерна для острого отравления соединениями:

Ртути

Меди

Хрома

Мышьяка

Свинца

107. Острая печеночная недостаточность наиболее характерна для острого отравления соединениями следующих металлов:

Ртути

Меди

Мышьяка

Свинца

Таллия

108. Экзотоксический шок чаще наблюдается при острых отравлениях соединениями:

Ртути

Меди

Хрома

Мышьяка

Таллия

109. Клиническая диагностика острых отравлений соединениями металлов основывается на выявлении всех перечисленных ранних синдромов, КРОМЕ:

Токсического гастроэнтерита, ожога пищеварительного тракта

Острого гемолиза

Гипохромной анемии

Токсической энцефалопатии

Токсической нефро-гепатопатии

110. Клиническая диагностика острых отравлений соединениями металлов основывается на выявлении всех перечисленных поздних синдромов и симптомов, КРОМЕ:

Выделительного поражения слизистых пищеварительного тракта

Токсического поражения кожи и ее дериватов

Полиневритов

Амавроза

Гломерулонефрита и гепатита

111. Для легкой степени тяжести отравлений соединениями металлов характерны следующие симптомы и синдромы:

Раздражения слизистой пищеварительного тракта

Пищеводно-желудочное кровотечение

Экзотоксический шок

Токсическая энцефалопатия

Синдром Лайелла

112. Для отравления соединениями металлов средней степени тяжести характерны следующие симптомы и синдромы:

Токсический гастроэнтерит

Экзотоксический шок

Острая почечная недостаточность

Кома, судороги

Острая печеночная недостаточность

113. Для отравления соединениями металлов тяжелой степени тяжести наиболее характерны следующие симптомы и синдромы:

Токсический гастроэнтерит

Химический ожог пищеварительного тракта I степени

Экзотоксический шок

Токсическая энцефалопатия средней степени

114. Средствами специфической терапии отравлений соединениями металлов являются:

Фармакологические антагонисты

Химические противоядия парентерального применения (унитиол)

Антиоксиданты

Иммуно препараты

Реактиваторы холинэстеразы

115. При отравлении соединениями металлов энтерально вводится следующий антидот:

Ацетилцистеин

Унитиол

Магния сульфат

Хлорид натрия

Хлорид кальция

116. При отравлении соединениями металлов парентерально вводят следующий антидот:

Атропин

Реактиваторы холинэстеразы

Унитиол

Налорфин

Хромосмон

117. Показаниями к введению антидотов на догоспитальном этапе при острых отравлениях соединениями металлов являются:

Анамнестические сведения о возможном попадании в организм соединения металла

Гастроэнтерит

Ожог пищеварительного тракта

Токсико-аллергический дерматит

Токсическая нефропатия

118. Показанием для проведения антидотной терапии в стационаре при отравлении соединениями металлов является все перечисленное, КРОМЕ:

Токсические полиневриты

Гемолиз

Токсическая нефропатия

Токсическая гепатопатия

Кишечное кровотечение

119. При острых отравлениях соединениями металлов применяются следующие методы усиления естественной детоксикации, КРОМЕ:

Промывание желудка

Введение энтеросорбента

Очистительная клизма

Форсированный диурез

Введение бемегрида

120. При проведении раннего гемодиализа в случаях острых отравлений соединениями металлов к особенностям этой процедуры относятся:

Проведение не более 3-4 часов

Предварительная внутривенная нагрузка унитиолом

Обязательное сочетание с перитонеальным диализом

Обязательное сочетание с гемосорбцией

121. Наиболее распространенные отравления веществами прижигающего действия вызывают:

Органические кислоты (уксусная, щавелевая)

Неорганические кислоты (соляная, серная, азотная)

Нашатырный спирт и едкие щелочи (каустическая сода, едкий калий)

Окислители (перекись водорода, перманганат калия)

122. Летальной дозой уксусной эссенции является:

10 мл

50 мл

100 мл

Более 100 мл

123. Интенсивность ожога при отравлении уксусной кислотой зависит:

Все варианты верны

От экспозиции

От концентрации и количества

От степени наполнения желудка

От состояния желудочно-кишечного тракта

124. Продолжительность фазы резорбции при отравлении уксусной кислотой составляет:

1-3 часа

3-6 часов

6-12 часов

12-24 часа

125. Наиболее частым осложнением ожога пищеварительного тракта в остром периоде отравления уксусной эссенцией является:

Реактивный панкреатит

Реактивный перитонит

Снижение секреторной функции желудка

Снижение кислотообразующей функции желудка

Пищеводно-желудочное кровотечение

126. Легкий ожог пищеварительного тракта уксусной эссенцией характеризуется развитием:

Язвенно-некротического воспаления

Фибринозно-катарального воспаления

Серозно-катарального воспаления

127. Ожог средней тяжести пищеварительного тракта уксусной эссенцией характеризуется развитием:

Язвенно-некротического воспаления

Фибринозно-катарального воспаления

Серозно-катарального воспаления

128. Тяжелый ожог пищеварительного тракта уксусной эссенцией характеризуется развитием:

Язвенно-некротического воспаления

Фибринозно-катарального воспаления

Серозно-катарального воспаления

129. При отравлении уксусной эссенцией формирование рубцовой деформации пищевода заканчивается в сроки:

1 месяц

1-3 месяца

4-6 месяцев

7-12 месяцев

1-2 года

130. Ранние первичные кровотечения при отравлении уксусной эссенцией наиболее часто развиваются в сроки:

До 1 часа

1-3 часа

4-6 часов

Первые сутки

131. Ранние вторичные кровотечения при отравлении уксусной эссенцией наиболее часто развиваются в сроки:

Первый час

1-3 часа

4-6 часов

Первые-вторые сутки

132. Поздние кровотечения при отравлении уксусной эссенцией наиболее часто развиваются в сроки:

Первые сутки

Первая неделя

1-2 недели

Свыше 2 недель

133. Основным клиническим проявлением экзотоксического шока при отравлении уксусной эссенцией является:

Наличие распространенного ожога пищеварительного тракта

Повышение психической активности

Наличие бледности, "мраморности", похолодания кожных покровов

Брадикардия

134. Характерной предпосылкой развития токсической нефропатии при отравлении уксусной эссенцией является:

Нарушения центральной гемодинамики

Нарушения региональной гемодинамики в почках

Гемолиз и гемоглобинурия

Метаболический ацидоз

Дыхательный алкалоз

135. Противопоказанием к промыванию желудка при отравлении уксусной эссенцией является:

Примесь крови в промывных водах

Экзотоксический шок

Ожог дыхательных путей

Гемолиз

Противопоказаний не существует

136. Для промывания желудка при отравлении уксусной эссенцией следует использовать:

Водопроводную воду

Слабый раствор гидрокарбоната натрия

Раствор жженой магнезии

137. С целью лечения болевого синдрома при отравлении уксусной эссенцией наиболее эффективны:

Наркотические анальгетики

Глюкозо-новокаиновая смесь

Спазмолитики

Нестероидные противовоспалительные средства

Ганглиоблокаторы

138. Лечение ожогов пищеварительного тракта включает все перечисленное, КРОМЕ:

Антибиотики

Кортикостероидные гормоны

Спазмолитики

Альмагель

Холеретические средства

139. Для борьбы с гемолизом показаны следующие мероприятия:

Операция замещения крови

Гемосорбция

Плазмаферез

Дренирование грудного лимфатического протока

Введение гипертонического (10-20%) раствора глюкозы и 4% р-ра гидрокарбоната натрия

140. При воздействии концентрированных неорганических кислот развивается:

Коагуляционный некроз

Колликвационный некроз

Преимущественное поражение кишечника

Преимущественное поражение пищевода

Поражение пищевода и желудка в равной степени

141. Летальной дозой 10% нашатырного спирта является:

30 мл

50 мл

50-100 мл

Более 100 мл

142. При воздействии щелочей характерен:

Коагуляционный некроз

Колликвационный некроз

Преимущественное поражение полости рта

Преимущественное поражение кишечника

Поражение пищевода и желудка в равной степени

143. Особенностями клиники отравлений щелочамиявляются все перечисленные, КРОМЕ:

Глубокого коррозивного действия

Выраженного отека слизистого и подслизистого слоев

Острой перфорации пищеводас последующим периэзофагитом, медиастинитом

Частого развития стриктур пищеводас длительным формированием рубцовой деформации (до 1-2 лет)

Частого развития стриктур антрального отдела желудка

144. Особенностями клиники отравлений перекисью водородаявляются все следующие, КРОМЕ:

Развития колликвационного некроза

Глубокого коррозивного действия

Развития коагуляционного некроза

Газовой эмболии сосудов мозга

Преимущественного поражения пищевода

145. При отравлении уксусной эссенцией осложнением ожога пищеварительного тракта внезапно появляются следующие виды кровотечений:

Ранние первичные

Ранние вторичные

Поздние

Отсроченные

Отдаленные

146. Результатом резорбтивного действия уксусной кислоты является все перечисленное, КРОМЕ:

Внутрисосудистый гемолиз, коагулопатия

Токсическая нефропатия (гемоглобинурийный нефроз, пигментный нефроз)

Токсическая гепатопатия (пигментный гепатоз)

Токсическая энцефалопатия, интоксикационный психоз

Раннее первичное кровотечение

147. По основному механизму действия гемотоксичные вещества подразделяются на перечисленные, КРОМЕ:

На метгемоглобинобразующие

На карбоксигемоглобинобразующие

На гемолитические

На действующие на свертывающую систему крови

На вызывающие дефицитные анемии

148. Метгемоглобин образующими ядами являются все перечисленные вещества, КРОМЕ:

Нитро-аминопроизводных ароматических углеводородов

Нитритов

Нитратов

Сульфаниламидов

Змеиного яда

149. Карбоксигемоглобин образующими ядами являются:

Метиленовая синька

Цианиды

Окись углерода

Сероводород и сероуглерод

Двуокись углерода, мышьяковистый водород

150. К гемолитическим ядам относятся:

Яд бледной поганки

Яд рыб

Уксусная кислота, мышьяковистый водород, соли металлов

Фосфорорганические вещества

Яд мухоморов

151. Угнетение гемопоэза вызывают все перечисленные яды, КРОМЕ:

Анилина

Бензола

Производных пиразолона

Уксусной кислоты

Сульфаниламидов

152. Нарушения свертывания крови вызывает:

Зоокумарин (варфарин)

Фенобарбитал

Дихлорэтан

Парацетамол

Окись углерода

153. Основными механизмами токсического действия ядов на систему крови, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Угнетение костно- мозгового кроветворения

Изменения пигмента крови - метгемоглобинемия

Изменение пигмента крови - карбоксигемоглобинемия

Нарушение проницаемости оболочки эритроцита - гемолиз

Усиление проницаемости капилляров

154. Основными методами специальной диагностики отравления гемотоксичными веществами являются все перечисленные, КРОМЕ:

Клиническая диагностика по специфическим признакам отравления

Клинический анализ крови - изменение состава периферической крови

Коагулограмма

Определение дериватов гемоглобина и свободного гемоглобина

Диагностическая спленотомия

155. Основными синдромами, специфичными для гемотоксичных веществ, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Аноксемического

Кардиотоксического

Анемического

Гемолитического

Геморрагического

156. Характерными особенностями течения хронических отравлений гемотоксичными веществами, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Отсутствия выраженных клинических признаков основных специфических синдромов

Развития астено-вегетативного синдрома

Развития хронического гепатита

Развития апластической анемии, лимфопении

Развития хронической пневмонии

157. К осложнениям и отдаленным последствиям отравлений гемотоксичными веществами относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Нарушений системы кроветворения

Развития психоорганического синдрома

Нарушения функции печени

Нарушения функции почек

Развития рубцовых деформаций желудочно-кишечного тракта

158. К группе хлорированных углеводородов (ХУВ) относятся:

Дихлорэтан (ДХЭ), четыреххлористый углерод (CCl4)

Дихлофос

ДДТ

Карбофос

Хлорпромазин

159. Летальность при отравлении дихлорэтаном составляет:

10%.

20%.

Более 50%.

80%.

160. Летальной дозой при отравлении дихлорэтаном является:

20 мл

30-40 мл

Более 50 мл

Более 100 мл

161. К физико-химическим особенностям дихлорэтана относятся все следующие, КРОМЕ:

Водорастворимости

Жирорастворимости

Летучести

Растворимости в спиртах

162. Отравление дихлорэтаном чаще развивается при поступлении яда:

Перорально

Чрескожно

Ингаляционно

Парентерально

Перректально

163. Интенсивность резорбции дихлорэтана при пероральном приемезависит от всех следующих факторов, за исключением:

Сочетания с приемом алкоголя

Сочетания с жирной пищей

Степени разведения дихлорэтана водой

Времени приема дихлорэтана

Длительности хранения дихлорэтана

164. Токсичность дихлорэтана преимущественно определяют:

Токсичные метаболиты

Молекула дихлорэтана в неизменном виде

Свободные радикалы и перекиси липидов

Продукты токсификации

165. Путями элиминации дихлорэтана являются все перечисленные, КРОМЕ:

Кишечник

Легкие

Почки

Печень

Кожа

166. Средняя продолжительность токсикогенной фазыпри пероральном отравлении дихлорэтаном составляет:

6 часов

6-12 часов

12-24 часа

24-48 часов

167. Период максимального полупребывания дихлорэтана в крови составляет:

1-3 часа

6 часов

12 часов

Более 12 часов

168. К особенностям токсикокинетики трициклических антидепрессантовв организме относится следующий цикл:

Желудочно-почечный

Желудочно-кишечно-печеночный

Желудочно-печеночный-почечный

Кишечно-почечный

169. Токсическое действие трициклических антидепрессантовпроявляется воздействием:

На рецепторы сосудистой системы

На сердце

На печень

На почки

На периферическую нервную систему

170. Токсической дозой амитриптилина является:

300 мг

500 мг

1200 мг

2000 мг

171. Летальной дозой амитриптилина является:

300 мг

500 мг

1200 мг

2000 мг

172. Для отравления амитриптилином характерны:

Токсический гастроэнтерит

Токсическая энцефалопатия

Первичный кардиотоксический эффект

Токсическая гепатопатия

Токсический полиневрит

Токсическая нефропатия

173. К проявлениям токсической энцефалопатиипри отравлении амитриптилином относятся все следующие, КРОМЕ:

Холинолитического синдрома

Мускариноподобного синдрома

Сопора

Комы

Судорожного синдрома

174. Клиническими проявлениями первичного кардиотоксического эффектапри отравлении амитриптилином являются все следующие, КРОМЕ:

Острой сердечной недостаточности

Кардиогенного шока

Острой сосудистой недостаточности

Внезапной остановки сердца

175. Начальными проявлениями на ЭКГ первичного кардиотоксического эффекта при отравлении амитриптилиноми другими трициклическими антидепрессантами являются:

Атрио-вентрикулярная блокада I степени

Атрио-вентрикулярная блокада II-III степени

Фибрилляция желудочков

Полная внутрижелудочковая блокада

176. Угрожающий характер первичного кардиотоксического эффекта на ЭКГпри отравлении амитриптилином и другими трициклическими антидепрессантами выражается:

Атрио-вентрикулярной блокадой I степени

Атрио-вентрикулярной блокадой II-III степени

Замедлением внутрижелудочковой проводимости

Полной внутрижелудочковой блокадой

177. Для легкого отравления амитриптилином характерны:

Кома, брадикардия, атрио-вентрикулярная блокада II степени

Кома, норморитмия или тахикардия, полная внутрижелудочковая блокада сердца

Спутанность сознания, слуховые галлюцинации, миоз, тахиаритмия, желудочковая экстрасистолия

Сонливость, дезориентация, норморитмия или тахикардия

Сопор, холинолитический синдром, судорожный синдром, тахикардия, замедление предсердно-желудочковой и внутрижелудочковой проводимости

178. К грибам гепато-нефротропного действия относятся:

Все варианты верны

Бледная поганка зеленоватая

Бледная поганка белая

Бледная поганка желтая

Сатанинский гриб

179. Действующим токсическим началом бледной поганки являются:

Фаллотоксины, аманитотоксины

Гельвелловая кислота

Гиромитрин

Оралланин

Мускаридин

180. Токсины бледной поганки по своей структуре относятся:

К липидам

К протеинам

К циклическим полипептидам

К алкалоидам

181. Токсическое действие фаллотоксинов проявляется:

Через 1-3 часа

Через 4-6 часов

Через 7-12 часов

Через 13-24 часа

Через 25-48 часов

182. Токсическое действие аманитотоксинов проявляется:

Через 1-3 часа

Через 4-6 часов

Через 7-12 часов

Через 13-24 часа

Через 25-48 часов

183. Сравнительная токсичность фаллотоксинов и аманитотоксинов проявляется следующим образом:

Аманитотоксины превышают токсичность фаллотоксинов в 2 раза

Аманитотоксины превышают токсичность фаллотоксинов в 20 раз

Фаллотоксины превышают токсичность аманитотоксинов в 2 раза

Фаллотоксины превышают токсичность аманитотоксинов в 20 раз

Обладают равной токсичностью

184. Токсины бледной поганки оказывают преимущественное токсическое действие:

На центральную нервную систему

На желудочно-кишечный тракт

На печень

На почки

185. Токсическое действие бледной поганки на печень определяется следующими патогенетическими механизмами, кроме:

Специфическим воздействием на мембраны гепатоцитов, угнетением окислительного фосфорилирования в гепатоцитах

Нарушением синтеза РНК,поражением ядерных субстанций гепатоцитов

Иммунологическим повреждением гепатоцитов

Неспецифическим повреждением гепатоцитов

Препятствие оттоку желчи

186. Патоморфологической основой токсической гепатопатиипри отравлении бледной поганкой является:

Жировая дистрофия гепатоцитов

Некроз гепатоцитов

Холестаз

Гидропическая дистрофия гепатоцитов

187. Один гриб бледной поганки содержит:

1/2 токсической дозы

Токсическую дозу

Летальную дозу

Ниже порога токсического действия

188. Клинические признаки отравления бледной поганкой наиболее часто появляются в сроки:

в первый час

1-3 часа

4-6 часов

7-12 часов

13-24 часа

189. При отравлении бледной поганкой развиваются все следующие синдромы, за исключением:

Токсической энцефалопатии

 Гастроэнтерита

 Гепатопатии

 Нефропатии

 Кардиопатии

190. Понятие "сильнодействующие ядовитые вещества" относится к категории веществ:

Медикаменты кардиотропного, судорожного действия

Растительные и животные яды

Грибные яды

Химические вещества, используемые в промышленностии сельском хозяйстве, которые при определенных ситуациях могут вызывать массовые отравления

Боевые отравляющие вещества

191. Классификация сильнодействующих ядовитых веществ осуществляется по следующим направлениям, КРОМЕ:

Химическому составу

 Токсичности

 Биологическому действию

 Клиническим синдромам

 Рыночной стоимости

192. По химическому составу к сильнодействующим ядовитым веществам можно отнести все перечисленные группы, за исключением:

Кислот, щелочей

 Окислителей

 Ароматических и хлорированных углеводородов

 Производных барбитуровой кислоты

 Фосфор-и ртутьорганических соединений

193. Классификация сильнодействующих ядовитых веществ по токсичности различает все перечисленные группы, за исключением:

Чрезвычайно опасных

 Высокоопасных

 Умеренно опасных

 Малоопасных

 Неопасных

194. По агрегатному состоянию классификация сильнодействующих ядовитых веществ выделяет все перечисленные виды, за исключением:

Газообразных

 Жидких

 Парообразных

 Твердых

195. По механизму токсического действия сильнодействующие ядовитые вещества подразделяются на следующие группы, исключая:

Выраженного местного действия

Преимущественно резорбтивного действия

Обладающих смешанным действием

Не обладающих ни одним из этих видов действия

196. Сильнодействующие ядовитые вещества местного действия вызывают все перечисленные поражения, КРОМЕ:

Прижигающего

Раздражающего

Удушающего

Нефротоксического

197. Сильнодействующие ядовитые вещества резорбтивного действия вызывают все перечисленные поражения, КРОМЕ:

Нарушения транспорта кислорода кровью

Угнетения цепи дыхательных ферментов

Нейротоксического действия

Гепатонефротоксического действия

Удушающего действия

198. Источниками распространения сильнодействующих ядовитых веществявляются следующие области промышленности и сельского хозяйства, КРОМЕ:

Химическая промышленность

Фармацевтическая промышленность

Водопроводные станции и водоочистительные сооружения

Промышленные холодильники и мясокомбинаты

Страховые медицинские организации

199. Причинами отравления сильнодействующими ядовитыми веществамимогут быть все перечисленные, КРОМЕ:

Технологических химических катастроф

Аварий при транспортировке сильнодействующих ядовитых веществ

Крупных пожаров

Употребления несвежей пищи в общепите

Употребления питьевой воды, зараженной ядовитыми веществами,и ошибочного приема их в качестве алкогольных напитков

200. К растительным ядам, наиболее часто вызывающим отравленияу детей младшего школьного возраста, относятся:

Бузина, волчьи ягоды

Вех ядовитый, ядовитые грибы

Борщевик, бузина

Волчьи ягоды, ядовитые грибы

Аконит

201. К животным ядам, вызывающим наиболее часто отравленияу детей первых 3 лет жизни, относятся яды:

Насекомых, скорпиона

Змей, ос и пчел

Паука, насекомых

Скорпиона, пчел и ос

Медуз

202. Наиболее частыми причинами острых отравлений у новорожденных, являются ошибки:

Провизора, преднамеренное отравление

Врача или родителей

Среднего медицинского персонала или родителей

Врача или провизора

203. По частоте и условиям возникновения первое место среди отравлений у детей ясельного возраста занимают:

Спорадические и групповые отравления

Спорадические в домашних условиях

Массовые в детских учреждениях

Групповые на улице

204. Причинами групповых отравлений у детей дошкольного возраста могут быть:

Ошибка воспитателя, детские игры

Преднамеренные - взрослыми или детьми

Случайные, вследствие ошибок родителей

Детские игры, случайные причины

205. Наиболее распространенными в структуре отравленийв старческом возрасте являются отравления:

Лекарственными препаратами

Средствами бытовой химии

Алкоголем и его суррогатами

Ядами животного и растительного происхождения

206. Увеличение риска смертельного исхода в пожилом возрасте характеризуется следующими факторами, КРОМЕ:

Снижением минимальной смертельной дозы яда (ДI0)или его смертельной концентрации в крови (СI0)

Снижением потолка несовместимых с жизнью уровней химической травмы (ДI100, CI100)

Сокращением интервала между пороговым и необратимым уровнями химической травмы (зоны критической концентрации яда в крови)

Ускорением функционирования системы цитохрома Р450

207. С увеличением возраста длительность токсикогенной фазы:

Не изменяется

Увеличивается при любой дозе принятого токсического вещества

Увеличивается лишь при критической концентрации яда в крови

Укорачивается при любой дозе принятого токсического вещества

208. Особенностями ответной реакции организма в пожилом возрасте на химическую травму в токсикогенную фазу являются все перечисленное, КРОМЕ:

Снижение регулирующей роли нервной системы

Повышение роли гуморальной системы

Малый удельный вес стрессовых и шоковых реакций

Высокая скорость метаболизма и элиминации ксенобиотиков

209. Осложнениями течения отравлений в пожилом возрасте, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Пневмонии

"Вторичного соматогенного коллапса"

Перехода в хроническое течение заболевания

Редкого и более позднего развития острых стрессовых состояний

Частого и раннего развития острых стрессовых состояний

210. С увеличением возраста длительность посткоматозного периода при отравлении психотропными препаратами:

Не изменяется

Увеличивается при любой дозе принятого препарата

Увеличивается лишь при критической концентрации препарата

Укорачивается при любой дозе принятого препарата

211. Особенностями экзотоксического шокау больных пожилого и старческого возраста являются:

Быстрое течение

Длительное торпидное течение

Быстрая, полная компенсация

Удовлетворительная компенсация

Отсутствие компенсаторных возможностей

212. К основным наркотическим и лекарственным средствам, вызывающим состояние психической и физической зависимости, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Барбитуратов

Алкоголя

Опиатов

Транквилизаторов

Антидепрессантов

213. Психическая зависимость применения наркотических препаратов обусловлена всеми следующими признаками, за исключением:

Чувства удовлетворения

Психического подъема

Повторного приема лекарственных средств

Чувства негативизма

214. Физическая зависимость применения наркотических препаратов связана со всеми следующими проявлениями, КРОМЕ:

Синдрома отмены

Постоянного приема наркотических препаратов

Периодического приема наркотических препаратов

215. Препаратами Каннабиса являются все следующие вещества, за исключением:

Марихуаны

Кокаина

Гашиша

Индийской конопли

216. Препаратами листьев Коки являются:

Кокаин

Марихуана

Первитин

Морфин

217. Препаратами опиума являются все следующие вещества, КРОМЕ:

Плана

Морфина

Промедола

Омнопона

218. Препараты барбитуровой кислоты, включают следующие наименования, за исключением:

Фенамина

Люминала

Нембутала

Барбитала

219. К препаратам типа амфетамина относятся все следующие вещества, КРОМЕ:

Фенамина

Первитина

Перидрола

Кокаина

220. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место:

В центральной нервной системе

В сердечно-сосудистой системе

В системе органов кроветворения

В пищеварительной системе

В иммунной системе

221. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является:

Тошнота и рвота

Лейкопения

Эритема кожи

Выпадение волос

Жидкий стул

222. Пороговая доза излучения для развития острой лучевой болезни составляет:

0.5 Гр

1 Гр

2 Гр

3 Гр

4 Гр

223. Наиболее ранним изменением клинического анализа крови, при острой лучевой болезни является уменьшение содержания:

Эритроцитов

Лейкоцитов

Нейтрофилов

Лимфоцитов

Тромбоцитов

224. После облучения мужских гонад, наиболее характерными изменениями являются:

Нарушение половой потенции

Гипоспермия

Водянка яичка

Наследственные болезни у детей

Снижение в крови тестостерона

225. Единицы поглощенной дозы:

Грей

Зиверт

Рентген

Кюри

Бэр

226. Лимфопения, выявленная у больного, в течение первых суток после облучения, обусловлена:

Локальным внешним облучением конечности

Поступлением радионуклидов внутрь

Внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 Гр

Внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр

Заболеванием, не связанным с облучением

227. Медицинскую помощь больным, при острых отравлениях целесообразно осуществлять:

В терапевтическом отделении

В неврологическом отделении

В психиатрическом отделении

В токсикологическом отделении

В хирургическом отделении

228. К задачам специализированных токсикологических отделений (центров). Относятся все следующие, КРОМЕ:

Оказание круглосуточной экстренной медицинской помощи всем больным с острыми экзогенными отравлениями

Осуществление телефонных консультаций медицинским учреждением по вопросам диагностики и лечения острого отравления, проведение выездных консультаций

Обследование и лечение больных с острыми профессиональными отравлениями

Оказание специализированной медицинской помощи при массовых острых отравлениях

Мониторинг санитарно-гигиенических показателей городской среды

229. Основными организационными мероприятиями профилактики острых отравлений являются все перечисленные, КРОМЕ:

Контроль за выпиской рецептов на сильнодействующие медикаменты

Контроль и регламентация продажи сильнодействующих медикаментов

Запрещение продажи полуфабрикатов и концентратов сильнодействующих препаратов бытовой химии и пищевых химикатов

Контроль за хранением и строгий учет расходования ядовитых веществ промышленного назначения

Контроль за режимом питания взрослой части населения

230. Токсикология - наука, изучающая все перечисленное, КРОМЕ:

Закономерности развития и течения патологического процесса (отравления), вызванного воздействием на организм человека или животного ядовитых веществ

Законы взаимодействия живого организма и яда

Действие различных ядов на организм человека и животных

Яд и его свойства, условия отравления, реакцию организма на яд и превращение самого яда в организме, профилактическое и лечебное действие лекарств, а также защиту организма

Получение и эффективное применение «философского камня»

231. Изменение токсичности смеси различных препаратов объясняется всем перечисленным, КРОМЕ:

Изменением адсорбции

Взаимодействием с рецепторами

Изменением биотрансформации

Изменением путей и способов экскреции

Изменением фотоколориметрических свойств смеси

232. Степень ионизации вещества (константы ионизации кислот pKa и оснований pKo) характеризует все перечисленное, КРОМЕ:

Соотношение с необычным значением pH, которым обладает рецептор

Форму вещества, в которой оно более эффективно (в виде ионов и ионизированных молекул)

Избыток данных ионов для "насыщения" рецептора

Соотношение с pH (ионизацией) рецепторов

Коэффициент растворимости (σ)

233. Из перечисленных наиболее частыми путями внедрения яда в организм в бытовых условиях являются:

Пероральный

Сублингвальный

Ректальный и влагалищный

Внутривенный и внутриартериальный

Внутримышечный и подкожный

234. Из перечисленных наиболее частыми путями внедрения яда в организм в производственных условиях являются:

Пероральный

Ингаляционный

Глазной и назальный

Путем укуса

Парентеральный

235. К основным факторам (самого яда), определяющим развитие отравления, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Физико-химические свойства

Токсическая доза и концентрация в биосредах

Характер связи с рецептором токсичности

Особенности распределения в биосредах

Биоритмологические особенности яда

236. К основным факторам (касающимся больного), которые определяют развитие отравления, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Масса тела

Физиологическая активность

Пол

Возраст

Вероисповедание

237. К типичным видам зависимости токсического действия органических соединений от их химического состава, структуры и физико-химических свойств, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Увеличение числа атомов углерода в гомологическом ряду

Разветвления цепи атомов углерода

Замыкание цепи углеродных атомов в кольцо

Наличие в молекуле кратных связей и пространственное расположение замещающих радикалов

Отсутствие изомеров

238. Токсичность фосфорорганических инсектицидов, при длительном хранении:

Повышается

Уменьшается

Извращается

Исчезает

Остается неизменной

239. Токсичность крепких кислот, при длительном хранении:

Повышается

Уменьшается

Извращается

Исчезает

Остается неизменной

240. Токсичность крепких щелочей, при длительном хранении:

Повышается

Уменьшается

Извращается

Исчезает

Остается неизменной

241. Транспорт ионов Na+ и K+ в клетки млекопитающих осуществляется путем:

Простой диффузии

Облегченной диффузии

Активного транспорта

Пиноцитоза

Фагоцитоза

242. Транспорт глюкозы в мембранах клеток почеки желудочно-кишечного тракта осуществляется путем:

Простой диффузии

Облегченной диффузии

Активного транспорта

Пиноцитоза

Фагоцитоза

243. Транспорт глюкозы в эритроциты человека осуществляется путем:

Простой диффузии

Облегченной диффузии

Активного транспорта

Пиноцитоза

Фагоцитоза

244. Транспорт молекулы холина в клетку осуществляется путем:

Простой диффузии

Облегченной диффузии

Активного транспорта

Пиноцитоза

Фагоцитоза

245. Транспорт нейтральных молекул липофильных веществ осуществляется через мембраны путем:

Простой диффузии

Облегченной диффузии

Активного транспорта

Пиноцитоза

Фагоцитоза

246. Механизмами транспорта веществ, через биологические мембраны, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Простая диффузия

Облегченная диффузия

Активный транспорт, ультрафильтрация

Пиноцитоз, фагоцитоз

Канальцевая секреция

247. Основой строения биологических мембран, является:

Белковолипидный комплекс по типу "сэндвич"

Белковолипидный комплекс по варианту "масло в воде"

Белковолипидный комплекс по типу "вода в масле"

Белковолипидный комплекс, состоящий из двух белковых слоев и биомолекулярного липидного слоя, и имеющий ультрамикроскопические поры

Белковолипидный комплекс, динамически зависящий от pH, температуры и других условий

248. Транспорт молекулы белков, через мембраны, осуществляется путем:

Простой диффузии

Облегченной диффузии

Активного транспорта

Пиноцитоза

Фагоцитоза

249. Для характеристики токсикокинетики ядов в организме, используются следующие основные критерии, КРОМЕ:

Абсорбция (поглощение)

Распределение

Взаимодействие с транспортными системами и макромолекулами плазмы и крови

Элиминация

Осмотические свойства

250. Объем распределения яда, зависит от основных физико-химических свойств вещества:

Способности к диссоциации

Поверхностного натяжения

Относительной плотности (удельного веса)

Температуры (точки) плавления

Температуры кипения

251. К реакциям I фазы биотрансформации ксенобиотиков в организме, относятся:

Окисление

Глюкуронирование

Сульфатирование

Ацетилирование

Метилирование

252. К реакциям II фазы биотрансформации ксенобиотиков в организме, относятся:

Конъюгация глюкуронидная

Гидролиз

Окисление

Дегидрирование

Деметилирование

253. Мембраны, функционирующие по механизму простой диффузии, выполняют следующие структуры:

Эпителий желудочно-кишечного тракта

Эпителий почечных канальцев

Гематоэнцефалический барьер

Барьер между кровью и спинномозговой жидкостью

Все варианты верны

254. К специфическим транспортным системам плазмы и крови относятся:

Альбумины

Глобулины

Липопротеины

Трансферрин

Все варианты верны

255. Молекулярные механизмы I типа (фазы) биотрансформации липотропных ядов преимущественно локализованы:

В гладком эндоплазматическом ретикулуме

В цитозоле

В митохондриях

В пероксисомах

В лизосомах

256. Молекулярные механизмы II типа (фазы) биотрансформации водорастворимых ядов преимущественно локализованы:

В цитозоле

В митохондриях

В пероксисомах

В лизосомах

Все варианты верны

257. К микросомальным ферментным системам биотрансформации ксенобиотиков относятся:

Цитохром Р450

НАДФН-цитохром Р450-редуктаза

Цитохром В5

НАДН-цитохром В5-редуктаза

Все варианты верны

258. Избирательное повреждение лизосом ксенобиотиками, осуществляется всеми способами, КРОМЕ:

Избирательным накоплением химических веществ в матриксе лизосом

Избирательным повреждением лизосомальной мембраны

Действием специфических ингибиторов лизосомальных ферментов в мембране лизосом

Действием специфических ингибиторов лизосомальных ферментов в матриксе лизосом

259. Биохимические механизмы токсического действия ядов, включают все эффекты, КРОМЕ:

Нарушения специфических реакций I фазы биотрансформации

Нарушения специфических реакций II фазы биотрансформации

Летальный синтез

Образование токсических активных метаболитов

Образование меркаптанов

260. К ядохимикатам, используемым для борьбы с вредителями сельскохозяйственных культур, относятся следующие препараты, за исключением:

Хлорорганических пестицидов (гексахлоран)

Фосфорорганических пестицидов (карбофос, хлорофос и др.)

Ртутьорганических соединений (гранозан)

Химреагентов (метиловый спирт)

Производных карбаминовой кислоты

261. К лекарственным средствам, вызывающим острые отравления, относятся все перечисленные препараты, за исключением:

Психотропных препаратов

Изониазидов

Сердечных гликозидов

Этиленгликоля

262. К средствам бытовой химии, вызывающим острые отравления, относятся все следующие вещества, КРОМЕ:

Пищевых добавок (уксусная кислота)

Средств санитарии и гигиены

Средств косметики

Средств ухода за одеждой, мебелью, автомобилем

Дефолиантов

263. К биологическим растительным и животным ядам, приводящим к острым отравлениям, относятся все следующие вещества, за исключением:

Аконита

Цикуты

Фалотоксина

Коргликона

264. К боевым отравляющим вещества (БОВ), относятся все следующие препараты, КРОМЕ:

Зарина

Иприта

Фосгена

Этиленгликоля

265. К чрезвычайно токсическим ядам, при ингаляционном пути поступления, относятся вещества, имеющие П.Д.К.:

1 мг/м3

10 мг/м3

100 мг/м3

Свыше 100 мг/м3

266. К высокотоксичным ядам, при ингаляционном пути поступления, относятся вещества, имеющие П.Д.К.:

1 мг/м3

10 мг/м3

100 мг/м3

Свыше 100 мг/м3

267. К умеренно токсичным ядам, при ингаляционном пути поступления, относятся вещества, имеющие П.Д.К.:

1 мг/м3

10 мг/м3

100 мг/м3

Свыше 100 мг/м3

268. К малотоксичным ядам, при ингаляционном пути поступления, относятся вещества, имеющие П.Д.К.:

1 мг/м3

10 мг/м3

100 мг/м3

Свыше 100 мг/м3

269. К ядам нейро-паралитического действия, относятся все перечисленные соединения, КРОМЕ:

Карбофоса

Анабазина

Атропина

Хлорофоса

270. К ядам кожно-резорбтивного действия, относятся все следующие вещества, за исключением:

Дихлорэтана

Гексахлорана

Мышьяка и ртути

Угарного газа

Иприта

271. К ядам общетоксического действия, относятся все следующие вещества, КРОМЕ:

Синильной кислоты и ее производных

Алкоголя и его суррогатов

Препаратов опия

Угарного газа

272. К ядам удушающего действия, относятся все перечисленные соединения, за исключением:

Угарного газа

Окислов азота

Фосгена

Дифосгена

273. К ядам слезоточивого и раздражающего действия, относятся все следующие вещества, КРОМЕ:

Хлорпикрина

Дихлорэтана

Адамсита

Паров щелочей

274. К ядам психотического действия, относятся все следующие вещества, за исключением:

Хлорпикрина

Кокаина

Опия

Атропина

275. К сердечным ядам, избирательно вызывающим кардиотоксический эффект, относятся все следующие вещества, КРОМЕ:

Дигиталиса

Амитриптилина

Аконита

Этиленгликоля

Хинина

276. К нервным ядам, избирательно оказывающим нейротоксическое действие, относятся все следующие вещества, за исключением:

Анилина и его производных

Наркотиков

Тубазида

Угарного газа

Алкоголя и его суррогатов

277. К печеночным ядам, избирательно оказывающим гепатотоксическое действие, относятся все следующие вещества, за исключением:

Хлорированных углеводородов

Фенолов

Соединений тяжелых металлов

Ядовитых грибов (бледная поганка)

278. К почечным ядам, оказывающим избирательное нефротоксическое воздействие на почки, относятся все следующие вещества, КРОМЕ:

Соединений тяжелых металлов

Этиленгликоля

Хлорированных углеводородов

Щавелевой кислоты

279. К кровяным ядам, избирательно оказывающим гематотоксическое действие, относятся все следующие вещества, за исключением:

Щавелевой кислоты

Анилина и его производных

Мышьяковистого водорода

Нитритов

280. К желудочно-кишечным ядам, оказывающим избирательное гастроэнтеротоксическое воздействие, относятся все следующие вещества, КРОМЕ:

Крепких кислот

Крепких щелочей

Производных изониазида

Соединений тяжелых металлов и мышьяка

281. К легочным ядам, оказывающим избирательное пульмонотоксическое действие, относятся все следующие вещества, за исключением:

Параквата

Нитритов

Фосгена

Окислов азота

282. Чаще всего, клинические проявления интоксикации психотропными препаратами, отмечаются при поступлении препаратов в организм:

Ингаляционным путем

Перкутанным путем

Пероральным путем

Полостным путем

Инъекционным путем

283. Клинические проявления отравления хлорпикрином, отмечаются при поступлении препарата в организм:

Перкутанным путем

Ингаляционным путем

Пероральным путем

Полостным путем

Инъекционным путем

284. Клинические проявления отравления ипритом, отмечаются при поступлении препарата в организм:

Перкутанным путем

Ингаляционным путем

Пероральным путем

Инъекционным путем

Полостным путем

285. При отравлении ФОС, наиболее тяжелое течение интоксикации, отмечается при поступлении яда:

Ингаляционным путем

Пероральным путем

Перкутанным путем

Полостным путем

286. Пероральные отравления, отмечаются при воздействии всех следующих веществ, КРОМЕ:

Хлорпикрина

Крепких кислот

Психотропных препаратов

Солей тяжелых металлов

Мышьяка

287. Ингаляционные отравления, отмечаются при воздействии следующих веществ:

Мышьяка

Сулемы

Уксусной эссенции

Хлорпикрина

Психотропных препаратов

288. Перкутанные отравления, отмечаются при воздействии следующими веществами:

Фосфорорганическими соединениями

Психотропными препаратами

Этиленгликолем

Метанолом

Хлоридом бария

289. Инъекционные отравления, отмечаются при воздействии следующими веществами:

Этиленгликолем

Ипритом

Кислотами

Барбитуратами

290. Полостные отравления, наиболее характерны для отравлений:

Кислотами

Хлоралгидратом

Хлорпикрином

Солями тяжелых металлов

Ипритом

291. При сочетании приема психотропных препаратов с алкоголем наблюдается:

Более тяжелое течение интоксикации

Клиника отравления не изменяется

Более легкое течение интоксикации

292. При злоупотреблении барбитуратами, наблюдается вся следующая клиническая симптоматика, КРОМЕ:

Нарушения координации движения

Ослабления мышечной силы

Злобности, взрывчатости, эгоцентризма

Психомоторного возбуждения

Галлюциноза

293. При холинолитической токсикомании, отмечаются все следующие клинические признаки, за исключением:

Ониризма

Абстинентного синдрома

Психомоторного возбуждения

Отсутствия привыкания

Оглушения

294. При злоупотреблении опиатами, наблюдаются все следующие клинические проявления, КРОМЕ:

Иллюзий

Ониризма

Эйфории

Сонливости, вялости

295. Для злоупотребления алкоголем характерны все следующие проявления, КРОМЕ:

Эгоцентризма

Диссоциации идей

Гипертрофии своего "Я"

Нарушения социальной адаптации

Изменения личности

296. Барбитураты нейтрализуются, теряют свою активность:

В кислой среде

В нейтральной среде

В щелочной среде

297. При отравлении барбитуратами для их нейтрализации показано введение:

Физиологического раствора

Полиглюкина

Бикарбоната натрия

Гемодеза-Н

298. Перитонеальный диализ, показан при всех следующих отравлениях, кроме отравления:

Люминалом

Аминазином

Нембуталом

Амитриптилином

299. Проведение раннего гемодиализа, при отравлении психотропными препаратами, наиболее эффективно при отравлении:

Аминазином

Фенобарбиталом

Этаминалом-натрия

Амитриптилином

300. Гемодиализ показан, при отравлениивсеми перечисленными препаратами с низкой молекулярной массой, КРОМЕ:

Метилового спирта

Этиленгликоля

Амитриптилина

Люминала

301. Перитонеальный диализ показан, при отравлениивсеми перечисленными препаратами с высокой молекулярной массой, КРОМЕ:

Нембутала

Амитриптилина

Этиленгликоля

Карбофоса

302. При отравлении всеми перечисленными веществами, отмечается "летальный синтез", за исключением:

Аминазина

Метилового спирта

Карбофоса

Этиленгликоля

303. В случае возникновения "летального синтеза", при отравлении метанолом, наиболее эффективными из перечисленных, являются следующие методы терапии:

Симптоматическое

Введение антигипоксантов

Антидотная терапия (введение этанола, 4-метилпиразола)

Витаминотерапия

304. Гемодиализ показан при отравлении веществами, в основном выделяемыми почками. Исключение составляют:

Нембутал

Этиленгликоль

Метанол

Соли тяжелых металлов

305. При отравлении фенобарбиталом суточной давности, показаны следующие методы детоксикации:

Гемосорбция

Гемодиализ

Перитонеальный диализ

Лимфосорбция

306. При отравлении психотропными препаратами у больных старше 60 лет, при пониженном артериальном давлении (ниже 90/60 мм рт. ст.), показаны следующие методы детоксикации:

Гемодиализ

Гемосорбция

Перитонеальный диализ

Лимфосорбция

307. При отравлении этиленгликолем, показано введение следующих антидотов:

Унитиола

Налоксона

Этанола

Хромосмона

308. При отравлении метанолом, показано введение следующих антидотов:

Бикарбоната натрия

Этанола

Аминазина

Унитиола

309. При отравлении солями тяжелых металлов, показано введение следующих антидотов:

Унитиола

Этанола

Хромосмона

Бемегрида

310. При отравлении сердечными гликозидами, показано введение следующих антидотов:

Атропина

Унитиола

Бемегрида

Кофеина

311. При отравлении препаратами, вызывающими холинолитический синдром, показано введение следующих фармакологических антагонистов:

Кофеина

Эзерина

Реланиума

Люминала

312. При отравлении клофелином, показано введение следующих фармакологических антагонистов:

Атропина

Люминала

Панангина

Эзерина

Прозерина

313. Применение гипербарической оксигенации, наиболее эффективно при отравлении:

Фосфорорганическими соединениями

Барбитуратами

Солями тяжелых металлов

Угарным газом

Этиленгликолем

314. В диагностике массовых отравлений, наиболее важными моментами, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Токсикологического исследования окружающей среды

Выявления наиболее типичных и общих признаков интоксикации

Электрокардиографии

Химико-токсикологического исследования биосред пострадавших

Патоморфологической диагностики

315. При отравлении хлорофосом, в качестве фактора риска бронхопневмонии, являются все следующие проявления, КРОМЕ:

Бронхореи

Ригидности грудной клетки

Миоза

Искусственной вентиляции легких

Затруднение вентиляции ацинуса

316. Летальность, при отравлении карбофосом, зависит от ряда наиболее типичных признаков, при данном отравлении, к которым относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Возраста больных

Уровня яда в крови

Нарушений дыхания

Степени снижения активности холинэстеразы

Степени повышения артериального давления от стабильной нормы

317. Клиническая диагностика острого отравления включает, КРОМЕ:

Получение сведений с места происшествия

Уточнение данных анамнеза

Изучение клинической картины заболевания

Выявление специфических симптомов воздействия вещества или группы веществ по принципу их "избирательной токсичности"

Передача телефонограммы в органы внутренних дел

318. С целью диагностики острого отравления на месте происшествия, врач в первую очередь обязан произвести все перечисленное, КРОМЕ:

Установления причины отравления

Выявления вида токсичности вещества, его количества, пути поступления

Выяснения времени отравления

Изучения клинической симптоматики

Инструментальных исследований (эзофагогастроскопии, ЭЭГ, РПГ)

319. Под "избирательной токсичностью" ядов, подразумевается способность ядов, КРОМЕ:

Воздействовать на определенные клетки организма

Воздействовать на определенные органы

Вызывать нарушения функции определенных органов

Замедлять резорбцию в желудочно-кишечном тракте

320. По избирательной токсичности, различают следующие виды ядов, КРОМЕ:

Сердечные

Нервные

Нервно-паралитические

Печеночные

Почечные

321. К сердечным ядам, оказывающим кардиотоксическое действие, относятся все, КРОМЕ:

Сердечные гликозиды, бета-адреноблокаторы

Трициклические антидепрессанты, хлористый барий

Аконит, чемерица, заманиха

Хинин, пахикарпин

Дихлорэтан, четыреххлористый углерод

322. К нервным ядам, оказывающим нейротоксическое действие, относятся все, КРОМЕ:

Наркотики, снотворные, транквилизаторы

ФОС, мускарин

Тубазид, фтивазид

Атропин, физостигмин

Aнилин, меновазин

323. К печеночным ядам, оказывающим гепатотоксическое действие, относятся все, КРОМЕ:

Дихлорэтан, четыреххлористый углерод

Фенолы, альдегиды

Бледная поганка

Амитриптилин

Парацетамол

324. К почечным ядам, оказывающим нефротоксическое действие, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Этиленгликоля

Щавелевой кислоты

Сулемы

Хромпика

ФОС

325. К кровяным ядам, оказывающим гемотоксическое действие, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Анилина и его производных

Нитритов

Мышьяковистого водорода

Гидрохинона

Дихлорэтана

326. К желудочно-кишечным ядам, оказывающим гастроэнтеротоксическое действие, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Неорганических и органических кислот

Щелочей

Соединений тяжелых металлов и мышьяка

Грибного токсина

Фосфорорганических соединений

327. К легочным ядам, оказывающим пульмонотоксическое действие, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Параквата

Окислов азота

Фосгена

Газообразного хлора

Карбофоса

328. Клиническими проявлениями острого отравления сердечными ядами, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Нарушения ритма сердечных сокращений

Острой сердечной недостаточности

Острой сердечно-сосудистой недостаточности

Гипертонического синдрома

Гипертрофической кардиомиопатии

329. Клиническими проявлениями отравления нервными ядами, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Токсической комы

Нарушения психической активности

Токсических гиперкинезов

Параличей

Желудочного кровотечения

330. Клиническими проявлениями отравления желудочно-кишечными ядами являются, КРОМЕ:

Ожог пищеварительного тракта

Рвота

Диарея

Схваткообразные боли в животе

Гиперспленизм

331. К специфическим клиническим проявлениям острого отравления в соматогенной фазе, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Ожогового эзофагита

Ожогового гастрита

Токсической нефропатии

Токсической гепатопатии

Токсической комы

332. К неспецифическим клиническим проявлениям отравления в соматогенной фазе, относятся все перечисленные, КРОМЕ:

Ожоговой язвы желудка

Пневмонии

Сепсиса

Токсического иммунодефицита

Астении

333. При проведении дифференциальной диагностики острых отравлений, наиболее информативными клиническими данными являются, КРОМЕ:

Данные клинического обследования, основанные на принципе "избирательной токсичности" ядов

Данные анамнеза о виде токсического вещества, принятой дозе

Данные анамнеза о времени приема токсического вещества

Данные анамнеза о причине приема токсического вещества, пути его поступления в организм

Данные анамнеза о наличии наследственных заболеваний у некровных родственников

334. Клиническая диагностика хронических отравлений основана на всех перечисленных данных, КРОМЕ:

Данных анамнеза о виде токсического вещества

Длительности воздействия

Пути поступления токсического вещества в организм

Данных клинического обследования, основанных на принципе "избирательной токсичности" ядов

Дозы токсического вещества

335. Тяжесть клинических проявлений хронического отравления, зависит от следующих факторов, КРОМЕ:

Времени воздействия яда, его дозы

Пути поступления в организм

Способности яда к кумуляции

Возраста больного

Темперамента больного

336. Метод рентгенографии, при острых отравлениях, используется для диагностики, КРОМЕ:

Протяженности и степени тяжести химического ожога пищеварительного тракта

Постожоговой рубцовой деформации пищевода и желудка

Инфекционных процессов в легких

Гипергидратации легких при ОПН

Выявления гепатольенального синдрома

337. Эндоскопия, при острых отравлениях проводится с диагностической целью, КРОМЕ:

Определения протяженности и тяжести химического ожога пищеварительного тракта

Диагностики постожоговой рубцовой деформации пищевода и желудка

Оценки эффективности лечения химических ожогов пищеварительного тракта

Диагностики ожога верхних дыхательных путей

Обнаружения перитонеального выпота

338. Ультразвуковое исследование, при острых отравлениях, проводится для диагностики:

Токсической гепатопатии в токсикогенную фазу

Токсической нефропатии в токсикогенную фазу

Токсической гепато-и нефропатии в соматогенную фазу

Гипергидратации органов при острой почечной недостаточности

339. К специфическим лабораторным биохимическим исследованиям, при острых отравлениях, относится определение всего перечисленного, КРОМЕ:

Электролитов и КОС крови

Активности фермента холинэстеразы

Свободного гемоглобина в плазме и моче

Метгемоглобина в крови

Карбоксигемоглобина в крови

340. К неспецифическим лабораторным биохимическим исследованиям, при острых отравлениях, относится определение всего перечисленного, КРОМЕ:

Электролитов плазмы крови и КОС

Коагулограммы

Активности фермента холинэстеразы

Ферментов, белков, липидов крови

Состояния иммунной системы

341. Определение активности фермента холинэстеразы, осуществляется методом:

Газовой хроматографии

Фотоэлектрокалориметрии

Тонкослойной хроматографии

Иммуноферментным

Химическими методами анализа

342. Определение свободного гемоглобина в плазме и в моче, осуществляется методом:

Газовой хроматографии

Фотоэлектрокалориметрии

Тонкослойной хроматографии

Иммуноферментным

Химическими методами анализа

343. Определение метгемоглобина в крови, осуществляется методом:

Газовой хроматографии

Жидкостной хроматографии

Фотоэлектрокалориметрии или спектрофотометрии

Тонкослойной хроматографии

Химическими методами анализа

344. Определение карбоксигемоглобина в крови, осуществляется методом:

Газовой хроматографии

Жидкостной хроматографии

Фотоэлектрокалориметрии или спектрофотометрии

Тонкослойной хроматографии

Химическими методами анализа

345. Определение активности фермента холинэстеразы в крови, используется для диагностики отравления:

Дихлорэтаном

Мышьяковистым водородом

Анилином

ФОС

Бензолом

346. Определение свободного гемоглобина в крови и моче, используется для диагностики всех перечисленных отравлений, КРОМЕ:

Медным купоросом

Двухромовокислым калием

Уксусной эссенцией

Мышьяковистым водородом

Дихлорэтаном

347. Определение метгемоглобина в крови, используется для диагностики всех перечисленных отравлений, КРОМЕ отравления:

Анилином

Нитробензолом

Селитрой

Медным купоросом

348. Определение карбоксигемоглобина в крови, используется для диагностики отравления:

Анилином

Мышьяковистым водородом

Медным купоросом

Нитритом натрия

Угарным газом

349. Изменения КОС крови, в сторону развития выраженного метаболического ацидоза, наиболее характерны для отравлений, КРОМЕ:

Дихлорэтаном

Метиловым спиртом

Этиловым спиртом

Этиленгликолем

Ацетилсалициловой кислотой

350. Особенностями использования метода тонкослойной хроматографии, в диагностике отравлений являются все, КРОМЕ:

Определение лекарственных препаратов

Качественное определение

Количественное определение

Длительность анализа - 40 минут - 1 час

351. Особенностями метода газовой хроматографии, являются все, КРОМЕ:

Качественное определение

Количественное определение

Специфичность метода

Неспецифичность метода

Продолжительность анализа 1 час

352. Методом газовой хроматографии, производится химико-токсикологическая диагностика следующих отравлений, КРОМЕ:

Спиртами (этиленгликолем, этиловым, метиловым,пропиловым, бутиловым, амиловым и др.)

Промышленными хлорорганическими соединениями (дихлорэтаном, четыреххлористым углеродом, трихлорэтиленом, перхлорэтиленом), ФОС

Растворителями (ацетоном, бензолом, толуолом)

Лекарственными препаратами (барбитуратами, бенздиазепинами, фенотиазинами, трициклическими антидепрессантами, лепонексом, димедролом)

Растительными алкалоидами(вератрином, хинином, аконитином, дигоксином и др.)

353. Особенностями, использования метода жидкостной хроматографии, в диагностике острых отравлений, являются все, КРОМЕ:

Качественное определение

Количественное определение

Анализ всех лекарственных препаратов и их метаболитов

Анализ всех спиртов и их метаболитов

Высокая специфичность

354. При интерпретации лабораторных данных следует учитывать все, КРОМЕ:

Специфичность метода анализа

Предел измерения данной методики

Период максимального полупребывания токсического вещества в крови

Пороговый, критический и необратимый уровеньтоксического вещества в крови

Возраст больного

355. Судебно-медицинская диагностика острых отравлений включает все, КРОМЕ:

Осмотр места происшествия

Изучение и оценка клинической картины отравленияпо материалам истории болезни

Судебно-медицинское исследование трупа

Судебно-химическое исследование тканей трупа

Баллистическая и трасологическая экспертиза

356. Проведение исследования трупа при экзогенных отравлениях включает все, КРОМЕ:

Установление пути поступления яда в организм

Определение времени приема яда

Определение дозы принятого яда

Установление характера и тяжести повреждений органов и систем

Баллистическая экспертиза

357. Патоморфологическими особенностями отравления уксусной кислотой, в ранний период, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Ожога пищеварительного тракта по типу коагуляционного некроза

Ожога пищеварительного тракта по типу колликвационного некроза

Ожоговых некрозов в печени

Гемоглобинурийного нефроза

Прокрашивания тканей пигментными шлаками

358. Патоморфологическими особенностями отравлений дихлорэтаном, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Множественных кровоизлияний под слизистые различных органов

Жидкого хлопьевидного содержимого кишечника

Ожога пищеварительного тракта

Диффузной жировой дистрофии гепатоцитов

Дистрофии нефротелия извитых канальцев

359. Патоморфологическими особенностями отравлений этиленгликолем, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Гидропической дистрофии гепатоцитов

Гидропической дистрофии нефротелия извитых канальцев

Колликвационного некроза нефротелия извитых канальцев

Гемоглобинурийного нефроза

Отека мозга

360. Патоморфологическими особенностями отравления ФОС, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Резкого расстройства кровообращения во внутренних органах

Отека мозга

Выделительного энтероколита

Дистрофических изменений печени и почек

Дистрофических изменений миокарда

361. Патоморфологическими особенностями отравления соединениями металлов, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Выделительного энтероколита

Некроза нефротелия извитых канальцев с интерстициальной воспалительной реакцией

Гемоглобинурийного нефроза

Миоглобинурийного нефроза

Центролобулярных некрозов гепатоцитов

362. Патоморфологическими особенностями отравления бледной поганкой, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Токсического гастроэнтероколита

Диффузного некроза гепатоцитов

Дистрофии нефротелия извитых канальцев

Геморрагического синдрома

Гемоглобинурийного нефроза

363. Патоморфологическими особенностями острого отравления, окисью углерода являются все перечисленные, КРОМЕ:

Отека мозга, пластинчатых кровоизлияний в головном мозге

Некрозов в различных отделах головного мозга

Мелкоочаговых некрозов миокарда

Миоглобинурийного нефроза

Диффузной жировой дистрофии гепатоцитов

364. Патоморфоз острых отравлений включает:

Изменения типичной патоморфологической картины острых отравлений под влиянием современных методов интенсивного лечения

Патоморфологические изменения органов в токсикогенную фазу острого отравления

Патоморфологические изменения органов в соматогенную фазу острого отравления

365. К медикаментозным препаратам, преимущественно возбуждающим центральную нервную систему, относятся:

Барбитураты

Фенотиазины

Опиаты

Салицилаты

Аналептики

366. К токсическим веществам, преимущественно угнетающим функцию ЦНС, относятся:

Барбитураты

Салицилаты

Аналептики

ФОС

Хлорированные углеводороды

367. К токсическим веществам, вызывающим развитие судорожного синдрома, относятся:

Бензодиазепины

Алкоголь

Барбитураты

Изониазиды

Салицилаты

368. К токсическим веществам, действующим на синаптическую передачу, относятся:

Карбофос

Пахикарпин

Амитриптилин

Аминазин

369. К токсическим веществам, избирательно поражающим ЦНС, относятся:

Нитрит натрия

Кодеин

Варфарин

Этиленгликоль

Парацетамол

370. При отравлении кодеином угнетение дыхания обусловлено:

Повышением порога восприимчивости дыхательного центрак углекислоте

Возбуждением функции дыхательного центра

Воздействием на центральные хеморецепторы

Нарушением функции дыхательной мускулатуры

371. Безусловно-рефлекторный компонент акта дыхания будет угнетен, при отравлении:

Нембуталом

Кодеином

Промедолом

Аминазином

372. К токсическим веществам, преимущественно поражающим психическую деятельность, относятся:

Калийная селитра

Варфарин

Амитриптилин

Инсулин

Мышьяк

373. Угнетение ЦНС, вследствие общей аноксии мозга,вызванной нарушением транспортной функции крови по кислороду, происходит, при отравлении:

Аналептиками

Барбитуратами

Алкоголем

Угарным газом

Опиатами

374. При развитии токсической энцефалопатии, отмечаются все перечисленные изменения в мозговой ткани, КРОМЕ:

Отека оболочки мозга

Кровоизлияния в мозг

Полнокровия мозга

Диссеминированных участков некроза в коре и подкорковых отделах

375. Возникновение коматозного состояния гипоксического характера зависит:

От повышения объемного кровотока

От нарушения мозговой микроциркуляции

От раздражения менингеальных оболочек

От каптажа катехоламинов

376. Токсическая кома обусловлена:

Первичным нарушением мозгового кровообращения

Недостаточностью энергетического субстрата (глюкозы)

Гипертоническим синдромом

Прямым наркотическим действием вещества

377. Наркотическое угнетение центральной нервной системы, отмечается при отравлении всеми перечисленными веществами, КРОМЕ:

Барбитуратов

Наркотиков

Алкоголя

ФОС

378. Преходящая очаговая симптоматика в коматозном состоянии, при отравлении психотропными препаратами отмечается:

При диффузном воздействии на кору головного мозга

При травматической энцефалопатии

При травме костей черепа

При изменении гемокоагуляции

379. При отравлении ФОС для развивающегося коматозного состояния характерно:

Мидриаз

Сухость кожных покровов

Малиновая окраска кожных покровов

Миоз, сохраняющийся даже после смерти

Гиперемия кожных покровов

380. С целью купирования центральных холинолитических проявлений наиболее эффективным является введение:

Прозерина

Эзерина

Седуксена

Аминазина

381. При отравлении аминазином для коматозного состояния характерны:

Гиперемия кожных покровов

Мидриаз

Бледность кожных покровов, артериальная гипотензия

Артериальная гипертензия

Брадикардия

382. Для барбитуратовой комы, характерна следующая клиническая симптоматика:

Мидриаз

Гиперемия кожных покровов

Гипертермия

Сухость кожных покровов

Умеренная бронхорея

383. Для холинолитического синдрома характерны следующие проявления:

Миоз

Брадикардия

Гипергидроз

Гиперсаливация

Галлюциноз

384. При отравлении амитриптилином для коматозного состояния характерны:

Миоз

Гипергидроз

Гиперсаливация

Брадикардия

На ЭКГ - замедление внутрижелудочковой проводимости

385. При отравлении метанолом дифференциальный диагноз наиболее часто следует проводить со следующими патологическими состояниями:

Наркотической комой

Барбитуратовой комой

Алкогольной комой

Гипогликемической комой

Кетоацидотической комой

386. При отравлении ФОС, отмечаются следующие психические расстройства интоксикационные психозы (синдромы):

Онирический

Психосенсорный

Оглушения

Эмоционально-гиперестетический

Кататоно-шизофренический

387. При отравлении психотропными препаратами, отмечается следующий интоксикационный психоз (синдром):

Психосенсорный

Оглушения

Онирический

Кататоно-шизофренический

388. При отравлении угарным газом развивается следующий интоксикационный психоз (синдром):

Психосенсорный

Кататоно-шизофренический

Оглушения

Эмоционально-гиперестетический

389. При отравлении тубазидом и этиленгликолемразвивается следующий синдром:

Оглушения

Эмоционально-гиперестетический

Психосенсорный

Онирический

390. При отравлении атропином развивается синдром:

Оглушения

Кататоно-шизофренический

Онирический

Психосенсорный

391. Противопоказанием для промывания желудка, при отравлении психотропными препаратами является:

Примесь крови в промывных водах

Коматозное состояние

Экзотоксический шок

Противопоказаний нет

392. Гемодиализ в коматозном состоянии, показан при отравлении всеми перечисленными, КРОМЕ:

Амитриптилином

Сулемой

Фенобарбиталом

Метанолом

Этиленгликолем

393. Коматозное состояние при отравлении барбитуратами, в случае дифференциальной диагностики с коматозными состояниями другой этиологии, характеризуется всеми следующими клиническими проявлениями, за исключением:

Снижения зрачковых и корнеальных рефлексов

Арефлексии

Очаговой неврологической симптоматики

Симметричности поражения черепно-мозговых нервов

394. Для холиномиметического синдрома, характерны следующие признаки, КРОМЕ:

Мидриаз

Миоз

Гипергидроз

Гиперсаливация

Бронхорея

395. При отравлении кокаином, отмечаются психические расстройства, в виде:

Астено-депрессивного синдрома

Онирического синдрома

Психосенсорного синдрома

Эмоционально-гиперестетического синдрома

396. Наиболее характерным клиническим признаком, при отравлении азафеном, является:

Миоз

Гипергидроз

Судороги

Брадикардия

397. При отравлении тубазидом, наиболее типичными клиническими проявлениями, являются:

Миоз

Гиперсаливация

Судороги, кома

Брадикардия

Бронхорея

398. Токсические полиневриты, отмечаются при отравлении всеми перечисленными препаратами, за исключением:

Аминазина

Орто-трикрезилфосфата

Меркаптофоса

Этилового алкоголя

399. Онирический синдром отмечается при отравлении:

Угарным газом

Амитриптилином

Барбитуратами

Карбофосом

400. Психосенсорный синдром отмечается при отравлении:

Амитриптилином

Барбитуратами

Хлорофосом

Аминазином

401. Кататоно-шизофренический синдром отмечается при отравлении:

Дихлорэтаном

Тубазидом

Угарным газом

Хлорофосом

402. Эмоционально-гиперестетический синдром отмечается при отравлении:

Этиленгликолем

Угарным газом

Карбофосом

Амитриптилином

403. При проведении дифференциальной диагностики коматозных состояний, в случаях отравления барбитуратами и фенотиазинами для барбитуровой комы, характерны все перечисленное, КРОМЕ:

Миоз

Гиперсаливация

Гипотермия

Бронхорея

Сухость кожных покровов

404. При проведении дифференциальной диагностики коматозных состояний, при отравлении барбитуратами и трициклическими антидепрессантами для отравления последними, характерны:

Миоз

Влажность кожных покровов

Мидриаз, сухость кожных покровов и слизистых

Гиперсаливация

Бронхорея

405. Лабораторными исследованиями, используемыми в диагностике расстройства функциисистемы кровообращения при острых отравлениях, являются перечисленные, КРОМЕ:

Электролитный состав, КОС, содержание лактата в крови

Гематокрит, реологические свойства крови, состояние свертывающей системы крови

Содержание катехоламинов и оксикортикостероидов

Клубочковая фильтрация, почечный плазмоток

Проба с инулином

406. Основными видами нарушений функции сердечно-сосудистой системы, при острых отравлениях, являются перечисленные, КРОМЕ:

Экзотоксический шок

Острая сердечная недостаточность

Острая сердечно-сосудистая недостаточность (первичный токсикогенный коллапс и вторичный соматогенный коллапс)

Гипертонический синдром

Гипертрофическая кардиомиопатия

407. К кардиотоксинам относятся перечисленные, КРОМЕ:

Ацетомифен

Пахикарпин, хинин

Настойка софоры

Аконит

Настойка чемерицы

408. К кардиотоксинам относятся следующие химические вещества, КРОМЕ:

ФОИ

Соли бария

Соединения фтора

Дихлорэтан

Хлорокин

409. К кардиотоксинам относятся следующие медикаменты, КРОМЕ:

Амитриптилин, мелипрамин

Обзидан, индерал

Изоптин

Окситоцин

Ноксирон

410. Первичный кардиотоксический эффект токсических веществ проявляется перечисленным, КРОМЕ:

Нарушения ритма сердца

Нарушения проводимости

Острой сердечной недостаточности

Внезапной остановки сердца

Появления аортальной регургитации

411. Для "синдрома малого выброса" характерно все перечисленное, КРОМЕ:

Бледности и цианоза кожных покровов, из похолодания

Нарушения сознания

Мидриаза

Миоза

Падения артериального давления

412. ЭКГ-особенностями первичного кардиотоксического эффекта, являются перечисленные, КРОМЕ:

Желудочковая экстрасистолия

Предсердно-желудочковая блокада I-II-III степени

Пароксизм мерцания и трепетания предсердий

Снижение интервала Т, отрицательные зубцы Т

Полная внутрижелудочковая блокада

413. В патогенезе развития первичного кардиотоксического эффекта ведущими являются все следующие механизмы, за исключением:

Блокирования мембранных ферментов кардиомиоцитов

Нарушения мембранной проницаемости

Нарушения проницаемости сосудов микроциркуляции миокарда

Деструкции органелл цитоплазмы кардиомиоцитов

414. Поражения сердца, при отравлении кардиотоксическими веществами, по классификации патологии сердца. относятся:

К острой неспецифической токсической кардиомиопатии

К острой токсической кардиомиопатии миокарда специфического характера

К токсическому миокардиту

415. Первичный кардиотоксический эффект, проявляющийся на ЭКГ политопными групповыми желудочковыми экстрасистолами, длительными периодами эктопических сокращений, переходящих в фибрилляцию желудочков, развивается при всех следующих отравлениях, КРОМЕ:

ФОИ

Пахикарпина

Амитриптилина

Аконитина

Окситоцина

416. Первичный кардиотоксический эффект, проявляющийся на ЭКГ синусовой брадиаритмией, предсердно-желудочковой блокадой I-II-III степени, атриовентрикулярнымредким ритмом, полной внутрижелудочковой блокадой, развивается при всех следующих отравлениях, КРОМЕ:

Обзидана, анаприлина

Изоптина, финоптина

Аймалина, этмозина

Хинина

Вератрина

417. Первичный кардиотоксический эффект, проявляющийся на ЭКГ синусовой брадикардией (мерцательной брадиаритмией), предсердно-желудочковой блокадой I-II-III степени с переходом в редкий атриовентрикулярный ритм, развивается при отравлениях:

Бета-адреноблокаторами

Хинином

Сердечными гликозидами

Изоптином, финоптином

ФОИ

418. Первичный кардиотоксический эффект, проявляющийся на ЭКГ синусовой брадикардией, редким атриовентрикулярным ритмом, развивается при отравлениях:

ФОИ

B-адреноблокаторами

Сердечными гликозидами

Вератрином

Хинином

419. Увеличение систолического показателя на ЭКГ характерно при отравлении:

Сердечными гликозидами

ФОИ

Вератрином

Обзиданом

Изоптином

420. Развитие полной внутрижелудочковой блокады сердца, в качестве основного проявления первичного кардиотоксического эффекта на ЭКГ, типично для отравления:

ФОИ

Амитриптилином

Пахикарпином

Аконитином

Обзиданом

421. Понятие "неспецифический кардиотоксический эффект" подразумевает:

Поражение сердца при действии кардиотоксических веществ

Поражение сердца при действии любого токсического вещества

Нарушение сердечной деятельностипри отравлениях, осложненных экзотоксическим шоком

422. В патогенезе развития вторичного неспецифического кардиотоксического эффекта, ведущими механизмами являются все перечисленные, за исключением:

Блокирования мембранных ферментов кардиомиоцитов, нарушения мембранной проницаемости

Первичного нарушения сосудистого тонуса

Нарушения гомеостаза

Нарушения микроциркуляции миокарда

Инактивации ферментов цикла Кребса

423. Вторичный неспецифический кардиотоксический эффект, проявляется всем перечисленным, КРОМЕ:

Тахикардии

Изменений фазы реполяризации на ЭКГ

ЭКГ-признаков мелкоочаговых интрамуральных изменений миокарда

Различных форм расстройств ритма транзиторного характера

Нарушений предсердно-желудочковойи внутрижелудочковой проводимости

424. Нарушениями сердечной деятельности на ЭКГ, при тяжелых отравлениях дихлорэтаном, могут быть все перечисленные, КРОМЕ:

Синусовой тахикардии

Желудочковой экстрасистолии

Пароксизмов мерцания предсердий

Изменения фазы реполяризации

Полной внутрижелудочковой блокады

425. Нарушениями сердечной деятельности на ЭКГ, при тяжелых отравлениях уксусной эссенцией, могут быть все перечисленные, кроме:

Синусовой тахикардии

Желудочковой экстрасистолии

Пароксизмов мерцания предсердий

Изменения фазы реполяризации

Предсердно-желудочковой блокады II степени

426. Нарушениями сердечной деятельности на ЭКГ, при тяжелых отравлениях барбитуратами, могут быть все перечисленные,кроме:

Синусовой тахикардии

Желудочковой экстрасистолии

Изменения фазы реполяризации

Признаков мелкоочаговых изменений миокарда

Предсердно-желудочковой блокады II степени

427. Экзотоксический шок наиболее часто развивается при отравлении:

Уксусной эссенцией

Амитриптилином

ФОИ

Психофармакологическими препаратами

Этиленгликолем

428. Развитие абсолютной гиповолемии, при экзотоксическом шоке, связано со следующими патогенетическими механизмами, КРОМЕ:

Токсическим действием химического агента на клеточные мембраны

Повышением сосудистой проницаемости

Плазморрагией

Нарушением центральной регуляции сосудистого тонуса

429. Развитие относительной гиповолемии при экзотоксическом шоке, связано со следующими патогенетическими механизмами, КРОМЕ:

Токсическим действием химического агента на клеточные мембраны

Нарушением центральной регуляции сосудистого тонуса

Токсическим действием на рецепторы сосудов

Нарушением тонуса артерий малого калибра

Несоответствием емкости сосудистого руслаи объемом циркулирующей крови

430. Отличительными особенностями экзотоксического шока, являются все следующие, за исключением:

Раннего нарушения метаболизма в клетке

Длительного торпидного течения

Раннего нарушения функций различных органов, вследствие "избирательной токсичности" ксенобиотиков

431. Основными клиническими проявлениями экзотоксического шока являются перечисленные, КРОМЕ:

Тяжелое общее состояние больного

Нарушение психической активности

Мидриаз

Похолодание и цианотичный оттенок кожных покровов, холодный пот

Тахикардия

432. При отравлении уксусной кислотой экзотоксический шокразвивается в сроки:

1-3 часа

3-6 часов

6-12 часов

12-24 часа

433. При отравлении дихлорэтаном экзотоксический шок развивается в сроки:

1-3 часа

3-6 часов

6-12 часов

12-24 часа

434. При отравлении ФОИ экзотоксический шок развивается в сроки:

1-2 часа

3-6 часов

7-12 часов

13-24 часа

435. При отравлении психотропными препаратами экзотоксический шок развивается в сроки:

1-2 часа

3-6 часов

7-12 часов

13-24 часа

436. Для гиперкинетического типа кровообращения, характерны следующие показатели гемодинамики:

Снижение ударного индекса, сердечный индекс сохранен, общее периферическое сопротивление сосудов нормальное

Снижение ударного и сердечного индексов, повышение общего периферического сопротивления сосудов

Ударный и сердечный индекс повышен, общее периферическое сопротивление сосудов нормально или снижено

Ударный и сердечный индекс снижены, общее периферическое сопротивление сосудов снижено

437. Для гипокинетического типа кровообращения, характерны следующие показатели гемодинамики:

Снижение ударного индекса, сердечный индекс сохранен,общее периферическое сопротивление сосудов нормальное

Снижение ударного и сердечного индексов, повышение общего периферического сопротивления сосудов

Ударный и сердечный индекс повышен, общее периферическое сопротивление сосудов нормально или снижено

Ударный и сердечный индекс снижены, общее периферическое сопротивление сосудов снижено

438. Наиболее типичными изменениями гемодинамики, в начальном периоде экзотоксического шока, являются все указанные, КРОМЕ:

Снижения массы циркулирующей крови

Снижения среднего АД

Изменения ударного индекса

Изменения сердечного индекса

Снижения центрального объема крови

439. Повышение общего периферического сопротивления сосудов при экзотоксическом шоке, характерно для отравления:

ФОИ

Опиатами

Уксусной кислотой

Снотворными

Амитриптилином

440. Понижение общего периферического сопротивления сосудов при экзотоксическом шоке, характерно для следующих отравлений:

Атропином

Дихлорэтаном

Уксусной кислотой

Снотворными

Амитриптилином

441. Нарушение гемодинамики гепатопортальной системы при экзотоксическом шоке, проявляется перечисленным, КРОМЕ:

Снижением артериального притока

Затруднением венозного оттока

Повышением давления в портальной вене

Снижением общего кровотока печени

Повышением общего кровотока печени

442. При развитии экзотоксического шока наиболее характерным является:

Метаболический алкалоз

Метаболический ацидоз

Респираторный ацидоз

Смешанный метаболический и респираторный ацидоз

443. "Токсическая" пневмония, отмечаемая при ингаляциии пероральных отравлениях бензином и деструктивными ядами, связана со всеми следующими факторами, КРОМЕ:

Аспирации этих веществ

Поражения легочных мембран

Поражения легочной ткани

Ожога верхних дыхательных путей

444. Нарушение коагулирующих свойств крови при экзотоксическом шоке проявляются перечисленным, КРОМЕ:

Гиперкоагуляцией

Коагулопатией потребления и гипокоагуляцией

Гипофибринолизом

Резкого увеличения гематокрита

445. Особенностями нарушений гемодинамики при экзотоксическом шоке, связанном с приемом уксусной кислоты, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Снижения ударного объема крови

Снижения минутного объема крови

Снижения массы циркулирующей крови

Высокого периферического сопротивления сосудов

Низкого периферического сопротивления сосудов

446. Особенностями нарушений гемодинамики при экзотоксическом шоке, связанном с приемом дихлорэтана, являются все перечисленные, КРОМЕ:

Снижения ударного объема крови

Снижения минутного объема крови

Снижения массы циркулирующей крови

Высокого периферического сопротивления сосудов

Низкого периферического сопротивления сосудов

447. Особенностями нарушения гемодинамики при экзотоксическом шоке, при отравлении ФОИ, являются перечисленные, КРОМЕ:

Выраженное снижение массы циркулирующей крови

Отсутствие выраженного снижения массы циркулирующей крови

Ударный объем крови не изменен или незначительно снижен

Минутный объем крови нормальный, незначительно понижен или повышен

Низкое периферическое сосудистое сопротивление

448. Особенностями нарушения гемодинамики при экзотоксическом шокепри отравлении снотворными препаратами, являются перечисленные, КРОМЕ:

Выраженное снижение массы циркулирующей крови

Отсутствие снижения массы циркулирующей крови

Ударный объем крови не изменен или незначительно снижен

Минутный объем крови нормальный, незначительно понижен или повышен

Низкое периферическое сосудистое сопротивление

449. Экзотоксический шок при отравлении уксусной кислотой, сопровождается депонированием крови преимущественно в сосудах:

Брюшной полости

Гепато-портальной системы

Легких

Периферии (мышц конечностей)

450. Экзотоксический шок, при отравлении дихлорэтаном, сопровождается депонированием крови преимущественно в сосудах:

Брюшной полости

Гепато-портальной системы

Легких

Периферии (мышц конечностей)

451. Экзотоксический шок, при отравлении ФОИ, сопровождается депонированием крови преимущественно в сосудах:

Брюшной полости

Гепато-портальной системы

Легких

Периферии (мышц конечностей)

452. Экзотоксический шок, при отравлении снотворными препаратами, сопровождается депонированием крови преимущественно в сосудах:

Брюшной полости

Гепато-портальной системы

Легких

Периферии (мышц конечностей)

453. Эффективным способом лечения остановки дыхания, вследствие резкой гиперкапнии у больных с отравлениями веществами, угнетающими ЦНС, является:

Цититон

Кислород

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ)

Бемегрид

454. Ведущим в лечении токсического отека легких, являются все следующие мероприятия, за исключением:

Дегидратации

Гормонотерапии

Введения антигистаминных препаратов

Введения гипертензивных препаратов

Введения ганглиоблокаторов

455. Для установления диагноза тяжести шока, необходимо произвести все указанное, за исключением:

Однократного исследования клинико-гемодинамических показателей, используемых для диагностики шока при острой химической болезни

Динамического наблюдения за клинической симптоматикой

Динамического наблюдения за состоянием гемодинамики

Оценки реакции системы кровообращения на интенсивную противошоковую терапию

456. Наиболее важным прогностическим критерием при экзотоксическом шоке, является:

Исходное состояние больного и выраженность изменений гемодинамики

Реакция системы кровообращения на интенсивную противошоковую терапию в течение первых 3 часов

Реакция системы кровообращения на интенсивную противошоковую терапию в течение 6 часов

Реакция системы кровообращения на интенсивную противошоковую терапию в течение 12 часов

457. Прямыми показаниями к искусственной вентиляции легких (ИВЛ), являются следующие расстройства, КРОМЕ:

Центральных расстройств регуляции дыхания

Расстройства нервно-мышечного проведения

Обтурации дыхательных путей

Неспособности выполнить необходимую вентиляционную работу из-за экзотоксического шока ("шоковое легкое")

458. Для лечения острой почечной недостаточности, связанной с первичным кардиотоксическим эффектом, применяются перечисленное, кроме:

Строфантин, коргликон

Добутамин, добутрекс, дофамин

Гидрокортизон

Дексаметазон

Фуросемид

459. При развитии острой сердечной недостаточности, на фоне отравления кардиотоксическими веществами, необходимывсе указанные условия проведения детоксикации, за исключением:

Стабилизации АД с помощью вазопрессорных аминов, последующего проведения гемосорбции, гемодиализа

Предварительной коррекции ритма, введения мембраностабилизирующих препаратов, кардиотонических средств, последующего проведения гемосорбции, гемодиализа

Предварительной коррекции ритма, введения мембраностабилизирующих препаратов, кардиотонических средств, при отсутствии эффекта последующего проведения кишечного лаважа, перитонеального диализа

460. С целью профилактики внезапной остановки сердца, при угрожающих формах первичного кардиотоксического эффекта, необходимо проводить все перечисленное, КРОМЕ:

Непрерывного кардиомониторного наблюдения

Превентивного введения интракардиального электростимулятора при брадиаритмических формах

Искусственной вентиляции легких

Патогенетического лечения

461. Основными признаками остановки сердца не являются:

Отсутствие пульса на сонной артерии

Отсутствие самостоятельного дыхания

Узкие зрачки

Широкие зрачки

Судороги

462. Эффективность электрической дефибрилляции сердцаповышается при введении всего перечисленного, КРОМЕ:

Натрия гидрокарбоната

Новокаинамида

Реополиглюкина

Калия хлорида

463. После успешной дефибрилляции необходимо ввести:

Натрия гидрокарбонат

Новодрин

Кальция хлорид

Строфантин

464. После успешной дефибрилляции необходимо, в первую очередь произвести все перечисленное, КРОМЕ:

Измерения центрального венозного давления

Введения катетера в мочевой пузырь

Исследования кислотно-основного состояния

Исследования содержания электролитов в плазме

Подключения кардиомонитора

465. Бронхорея, при отравлении ФОИ, обусловлена:

Повышением проницаемости мембран

Гемодинамическими расстройствами

Нарушением гемокоагуляции

Возбуждением М-холинорецепторов

Возбуждением Н-холинорецепторов

466. В ранней стадии отравления деструктивными ядами ведущей формой нарушения дыхания, является:

Легочная

Неврогенная

Обтурационно-аспирационная

Транспортная

467. В патогенезе возникновения токсического отека легких ведущая роль принадлежит:

Нарушению легочной микроциркуляции

Накоплению токсического вещества в легочной ткани

Поражению легочной ткани токсическим веществом

Угнетению дыхательного центра

Снижению бронхиальной проходимости

468. В патогенезе возникновения синдрома "влажных легких" ведущая роль принадлежит всем перечисленным механизмам, КРОМЕ:

Гипергидратации

Поражения легочных мембран

Нарушения микроциркуляции

Повышения сопротивления в малом круге кровообращения

Повышения концентрации токсических веществ в ткани легких

469. Ведущим в возникновении синдрома "шокового легкого", является перечисленное, КРОМЕ:

Нарушение гемодинамики

Поражение легочных мембран

Токсическое поражение ткани легких

Нарушение реологии

Легочное шунтирование

470. "Токсическая" пневмония отмечается, при отравлении всеми перечисленными веществами, за исключением:

Барбитуратов

Бензина

Кислот

Щелочей

471. Когда развертывается больничная база МС ГО силами учреждений здравоохранения сельских районов?

С введением первоочередных мероприятий ГО первой группы.

С введением "Общей готовности ГО".

С объявлением рассредоточения и эвакуации.

472. Когда развертывается больничная база МС ГО силами учреждений здравоохранения категорированных городов?

С введением первоочередных мероприятий ГО первой группы.

С введением "Общей готовности ГО".

С объявлением рассредоточения и эвакуации.

473. Что служит базой создания отряда первой врачебной помощи?

Медицинские институты.

Лечебно-профилактические учреждения.

Санитарно-эпидемиологические станции.

474. Какое отделение развертывается ОПМ для работы в очаге ядерного поражения?

Хирургическое отделение.

Психоневрологическое отделение.

Операционно-перевязочное отделение.

475. Основное требование, предъявляемое к местам развертывания отряда первой врачебной помощи?

Развертывание ОПМ в зоне сильных и полных разрушений.

Развертывание ОПМ на незараженной территории.

Развертывание на зараженной радиоактивными веществами местности, если суммарная доза облучения не превышает 100 рентген.

476. Что входит в состав невоенизированных медицинских формирований ГО?

Спасательная команда ГО.

Санитарно-обмывочный пункт.

Санитарная дружина.

477. Назовите больницу, входящую в структуру лечебных учреждений больничной базы.

Многопрофильная больница.

Hейрохирургическая больница.

Торако-абдоминальная больница.

478. Какое отделение развертывает подвижный противоэпидемический отряд?

Отделение санитарной обработки.

Лабораторное отделение.

Приемно-диагностическое отделение.

479. Какой вид медицинской помощи не предусмотрен в системе МС ГО?

Первая медицинская помощь.

Доврачебная (фельдшерская) помощь.

Первая врачебная помощь.

480. Что составляет первый этап медицинской эвакуации в системе МС ГО?

Первый этап медицинской эвакуации (ОПМ и сохранившиеся в очаге поражения учреждения).

Первый этап медицинской эвакуации (больничная база загородной зоны).

Первый этап медицинской эвакуации (больничный коллектор с сортировочно-эвакуационным госпиталем).

481. К требованиям, предъявляемым ко всем типам дезинфекционных камер, относятся:

Обеспечение надежного обеззараживающего эффекта

Безопасность в противопожарном отношении

Сохранение обрабатываемых объектов

Все варианты верны

482. Целью стерилизации изделий медицинско­го назначения является:

Снижение численности спорообразующих микроорганизмов на 99%

Умерщвление только патогенных микроорганизмов

Умерщвление всех микроорганизмов, в том числе их споровых форм

Умерщвление всех микроорганизмов, за исключением их споровых форм

483. Расплавление наполнителя в химических тестах (индикаторы плавления) при осуществлении контроля работы воздушного стерилизатора указывает:

На обеспечение температурного и временного параметров заданного режима

Только на достижение температурного параметра заданного режима

Только на обеспечение временного параметра заданного режима

На то, что достигнута стерильность стерилизуемых изделий

484. К методам контроля стерилизационной аппаратуры относятся:

Физический

Химический

Бактериологический

Все варианты верны

485. Режим дезинфекции изделий медицинского назначения химическим методом при анаэробной инфекции (столбняк, газовая гангрена):

3,0% раствор хлорамина – 60 мин.

5,0% раствор хлорамина – 240 мин.

70% раствор этилового спирта – 90 мин.

6,0% раствор перекиси водорода – 60 мин.

486. Дезинфекция в соматических стационарах (отделениях) систематически проводится:

Профилактическая

Текущая

Заключительная

Очаговая

487. Злокачественная гипертермия:

развивается интраоперационно при операциях свыше 3-х часов

провоцируется сукцинилхолином

требует мониторинга нейромышечной передачи

развивается у больных с почечной патологией

чаще развивается у больных с тиреотоксикозом

488. Для применения в практической деятельности нового дезинфекционного средства необходимо:

Получить разрешение территориального Центра ГСЭН - гигиенический сертификат ДС.

Провести проверочные испытания ДС собственными силами.

Убедиться в наличии Свидетельства о госрегистрации ДС в Минздраве России и Сертификата соответствия Госстандарта России

489. К наиболее эффективным методам выведения продуктов гемолиза относятся:

форсированный диурез и плазмаферез

ультрафильтрация плазмы

высокие очистительные клизмы и энтеросорбция

УФО крови

490. Эпидемиологическое значение дезинфекции заключается:

В уничтожении переносчиков инфекционных заболеваний.

В разработке эффективных средств уничтожения патогенных микроорганизмов.

В умерщвлении патогенных микроорганизмов на путях передачи возбудителей инфекционных заболеваний

В умерщвлении всех видов микроорганизмов на объектах окружающей среды.

491. **Диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании:**

эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

эпидемиологических данных.

клинических данных.

492. Наиболее часто встречающиеся синдромы при острой ВИЧ-инфекции:

Гепатомегалия, лихорадка, геморрагический синдром

Лихорадка, неврит, менингит

Лимфаденопатия, лихорадка, поражения кожи и слизистых

Спленомегалия, энцефалопатия, неврит

493.Лимфатические узлы у больных ВИЧ-инфекцией:

болезненные, флюктурируют при пальпации

имеют признаки периаденита

спаяны с кожей

увеличены до 3 и более см.

безболезненные, имеют тугоэластичную консистенцию

494. **Диагноз ВИЧ-инфекции ставится на основании:**

эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

эпидемиологических данных.

клинических данных.

495. Медработник подлежит обследованию на антитела к ВИЧ после аварийной ситуации:

сразу после аварийной ситуации с обязательным исследованием биологического материала на ВИЧ методом ИФА.

через 3 месяца

через 6 месяцев

496. Действие медицинских работников в случае повреждения целостности кожных покровов рук в процессе работы?

обработать рану йодом или зелёнкой.

выдавить из раны кровь, обработать рану 1%-м раствором хлорамина, затем йодом или зелёнкой.

снять перчатки, вымыть руки с мылом под проточной водой, обработать руки 70%-м спиртом, обработать рану 5%-м спиртовым раствором йода

промыть рану прочной водой, затем обработать йодом

497. Обязан ли медработник проводить консультирование в момент забора крови для исследования на ВИЧ в процедурном кабинете:

нет, не обязан

да, обязан перед забором крови

да, обязан до и после получения результатов исследования

нет, не обязан, консультирование проводится при назначении обследования на ВИЧ

498. Инкубационный период при ВИЧ-инфекции составляет:

1 неделя

от 3-х недель до 3-х месяцев

более 1 года

499. Максимальный период сероконверсии при ВИЧ-инфекции составляет:

3-6 месяцев, в исключительных случаях до 1 года

2-4 недели

более 1 года

2 месяца

500. Признаками, определяющими необходимость увеличениядозы 0,1% раствора атропина сульфата в процессе проведения антидотной (специфической) терапии при остром отравлении фосфорорганическими соединениями, являются:

появление гиперемии и сухости кожных покровов, уменьшение саливации и бронхореи, расширение зрачков, учащение сердечных сокращений

появление бледности и влажности кожных покровов, сужение зрачков, урежение сердечных сокращений

появление психомоторного возбуждения и бреда

выраженное повышение активности ацетилхолинэстеразы