

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО

Учебно-методическим советом
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России

«01» декабря 2023 г.
Протокол №_14/2023_____

Е.В. Шляхто
«04»_декабря 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования
по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре

по специальности **31.08.02 Анестезиология-реаниматология**

Направленность Анестезиология-реаниматология

Форма обучения	очная
Курс	2
Общая трудоемкость	108/3 (час/зач. ед.)

Санкт-Петербург
2023

СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Мазурок Вадим Альбертович	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Лейдерман Илья Наумович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Баутин Андрей Евгеньевич	д.м.н., профессор	Профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Ржеутская Рита Евгеньевна	к.м.н. доцент	Доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
5.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
6.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
7.	Михайлова Нинель Вадимовна	к.х.н.	Заведующий кафедрой математики и естественнонаучных дисциплин	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
8.	Конради Александра Олеговна	д.м.н.	Заведующий кафедрой организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
9.	Данилов Иван Николаевич	к.м.н. доцент	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
10.	Галагудза Михаил Михайлович	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
11.	Митрофанова Любовь Борисовна	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической анатомии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
12.	Гусев Денис Александрович	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
По методическим вопросам				
13.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры анестезиологии и реаниматологии с клиникой «19» октября 2023 г., протокол № 2.

Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии с клиникой д.м.н.

_____ /В.А. Мазурок /

СОГЛАСОВАНО:

Заведующий учебно-методическим отделом, к.м.н.

_____ /М.А. Овечкина/

Заведующий Центром развития образовательной среды, д.м.н

_____ /Н.Н. Петрова/

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «» 2023 г., протокол №.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации по специальности ординатуры 31.08.12 Анестезиология-реаниматология разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (в действующей редакции);
- Федеральный государственный образовательный стандарт по направлению подготовки (специальности) 31.08.02 Анестезиология-реаниматология и уровню высшего образования подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02 февраля 2022 г. № 95 (зарегистрировано в Минюсте России 11 марта 2022 г. N 67708
- Профессиональный стандарт «Врач – анестезиолог-реаниматолог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2018 г. N 554н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 сентября 2018 г., регистрационный N 52161);
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Минобрнауки России от 18.03.2016г. N 227;
- Уставом ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее - Центр Алмазова);
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

1.2. К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план основной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.12 Анестезиология-реаниматология.

2. ЦЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр) по специальности 31.08.12 Анестезиология-реаниматология проводится по окончании полного курса обучения с целью установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования и последующей выдачей диплома о высшем образовании.

3. ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ:

- проверка уровня сформированности необходимых универсальных общепрофессиональных, профессиональных компетенций;
- уровень знаний, умений и навыков, позволяющий решать профессиональные задачи;
- степень готовности к осуществлению основных видов деятельности в соответствии с профессиональным стандартом.

Области профессиональной деятельности, в которых выпускники, освоившие программу, могут осуществлять профессиональную деятельность:

- 01 Образование и наука (в сферах: профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования; научных исследований);
- 02 Здравоохранение (в сфере Анестезиологии-реаниматологии);

- 07 Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения).

Типы задач профессиональной деятельности выпускников:

- Медицинский;
- Научно-исследовательский;
- Организационно-управленческий;
- Педагогический.

4. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.12 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции.

4.1. Универсальные компетенции выпускников

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

4.2. Общепрофессиональные компетенции выпускников

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

	ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-7. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

4.3. Профессиональные компетенции выпускников

Область Сфера профессиональной деятельности	Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции
Образование и наука - в сфере образования	Педагогическая деятельность	ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях ВО
- в сфере научных исследований	Деятельность в сфере информационных технологий	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности
Административно-управленческая и офисная деятельность - в сфере здравоохранения	Организационно-управленческая деятельность	ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
Здравоохранение - в сфере анестезиологии-реаниматологии	Медицинская деятельность	ПК-4. Способен осуществлять комплекс необходимых медицинских мероприятий по проведению анестезиологического пособия ПК-5 Способен к проведению мероприятий интенсивной терапии

5. ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена, который проводится в форме комплексного выпускного экзамена, состоящего из двух этапов.

В состав государственного экзамена входят оценочные материалы для дисциплин Блока 1. «Дисциплины (модули)» и оценочные материалы для практик Блока 2. «Практики» учебного плана.

Объем знаний выпускника, необходимый для успешного прохождения государственного экзамена определяется рабочими программами указанных дисциплин и практик.

6. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.

Государственная итоговая аттестация (Блок 3) программы ординатуры относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации.

7. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	на контактную работу	Из них на самостоятельную работу
Государственная итоговая аттестация	108 / 3	54	54

8. ПОДГОТОВКА К СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

8.1. Государственный экзамен проводится по дисциплинам, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

- Анестезиология-реаниматология
- Педагогика
- МЧС
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Патология
- Современные IT-технологии в здравоохранении
- Социально значимые инфекции
- Онкологическая настороженность
- Клиническая практика
- Научно-исследовательская работа
- Основы военной подготовки

9. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ И СДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Государственный экзамен по специальности 31.08.12 Анестезиология-реаниматология осуществляется в два этапа:

1 этап – **Тестирование** (оценка уровня теоретической подготовленности);

2 этап – **Собеседование** (оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи).

Содержание государственной итоговой аттестации базируется на компетенциях выпускника как совокупного ожидаемого результата образования по программе:

№ п/п	Наименование этапа	Содержание этапа	Проверяемые компетенции	Наименование оценочных средств
1	Тестирование Оценка уровня теоретической подготовки	Компьютерное тестирование	УК-1, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-2, ПК-4, ПК-5	ТЗ
2	Собеседование Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи	Собеседование с решением контрольных вопросов и ситуационных задач	УК-1, УК-2; УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, , ПК-1, ПК-2. ПК-3, ПК-4, ПК-5	КВ, СЗ

По результатам двух этапов выставляется итоговая оценка.

Формой проведения 1 этапа государственного экзамена является компьютерное тестирование, которое проводится по тестовым заданиям, комплектуемых для каждого обучающегося с использованием информационных систем путем выбора 80 тестовых заданий из единой базы оценочных средств. На решение варианта тестовых заданий отводится 80 минут.

Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего числа тестовых заданий. Оценка уровня сформированности знаний выставляется по результатам тестирования в зависимости от доли правильно выполненных тестовых заданий.

Критерии оценивания 1 этапа государственного экзамена:

- «Отлично» - 90-100% правильных ответов,
- «Хорошо» - 80-89 % правильных ответов,
- «Удовлетворительно» - 70-79 % правильных ответов,
- «Неудовлетворительно» - до 69 % правильных ответов.

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения I этапа (оценка «Удовлетворительно» и выше).

Формой проведения 2 этапа государственного экзамена является устное собеседование по ситуационным задачам и вопросам профессионального характера.

Целью собеседования является выявление глубины подготовки выпускников и умения комплексно подходить к решению проблемных ситуаций в вопросах профессиональной деятельности.

Для подготовки к ответу, обучающемуся дается до 0,5 академического часа, продолжительность ответа на экзамене составляет не более 0,5 академического часа. При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по вопросам билета на выданных техническим секретариатом государственной итоговой аттестации листах бумаги со штампом ИМО.

Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Образцы ситуационных задач представлены в Приложении № 1. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать рекомендуемую литературу.

Оценка уровня сформированности у выпускников умений, опыта практической деятельности и освоения компетенций в ходе решения практических задач является дифференцированной – оценивается уровень готовности к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, четкость полнота изложения ответов на каждое задание экзаменационного билета.

Критерии оценивания 2 этапа государственного экзамена:

«Отлично» - обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе;

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы;

«Неудовлетворительно» – обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз.

Общая оценка за три этапа определяется как среднее значение полученных оценок.

Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех 2-х этапов

Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.12 Анестезиология-реаниматология проводится на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России с использованием имеющегося материально-технического оснащения.

Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений. Тестовые задания содержат 80 вопросов. Для подготовки к данному этапу аттестации, обучающемуся необходимо повторить материал по профильным предметам и смежным дисциплинам, пройти тестирование в электронной системе дистанционного обучения MOODL по всем профильным дисциплинам до получения положительного результата. Материалом для подготовки являются тесты для текущего контроля знаний по дисциплине, представленные на образовательном портале, лекционный материал и учебные пособия, изданные кафедрами, а также общие сборники, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе.

Оценка уровня решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать учебно-методический материал, использовать базовые учебники по профильным дисциплинам, а также пособия, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе, проработать все имеющиеся ситуационные задачи по профильным дисциплинам.

Рекомендуется посетить предэкзаменационные консультации.

Примеры типовых оценочных средств I этапа государственного экзамена

Примеры тестовых заданий

Тестовые задания открытого типа:

Проверяемые компетенции: УК-1.1-1.2; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ПК-4; ПК-5;

1. Основные компоненты общей анестезии – это амнезия, нейролепсия (сон), миоплегия и _____ (указать недостающий компонент)

Ответ: аналгезия

Проверяемые компетенции: УК-1.1-1.2; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ПК-4;

2. Искусственно вызванное обратимое состояние торможения центральной нервной системы с временным отключением сознания, рефлексов, болевой чувствительности и расслаблением скелетной мускулатуры – это _____ (два слова)

Ответ: общая анестезия

Тестовые задания закрытого типа:

Проверяемые компетенции: УК-1.1-1.2; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ПК-4; ПК-5;

1. В состав премедикации для больных с глаукомой нельзя включать:

- a) большие дозы атропина,
- b) скополамин
- c) пилокарпин
- d) фентанил

Ответ: а)

Проверяемые компетенции: УК-1.1-1.2; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ПК-4; ПК-5;

1. В процессе кесарева сечения матери ввели кетамин. В каком организме кетамин разрушится быстрее?

- a) в организме матери
- b) в организме новорожденного
- c) скорость разрушения будет одинаковой
- d) организм новорожденного не обладает способностью разрушать кетамин, а выводит его с мочой

Ответ: а)

Типовые задания экзаменационного билета II этапа государственного экзамена:

Примеры ситуационных задач

Ситуационная задача.

Проверяемые компетенции: УК-1.1-1.2; ОПК-4.; ОПК-5.; ОПК-6; ОПК-7.; ОПК-8.; ОПК-9.2; ОПК-10; ПК-4

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть

Женщина, 40 лет, поступила в стационар после ДТП в тяжелом состоянии, находится без сознания. Визуально при осмотре травмы и повреждения отсутствуют. АД-60/20 мм рт. ст., гематокрит 20%, гемоглобин -50 г/л, пульс нитевидный. Проведение активной инфузионной терапии без эффекта. При аускультации выслушивается резко ослабленное дыхание справа. Спустя 2 минуты наступила клиническая смерть.

Вопросы:

- 1) Причина возникшего состояния;
- 2) Назовите мероприятия первоочередной важности;
- 3) Какие дополнительные методы исследования необходимо провести;
- 4) Назовите весь комплекс лечебных мероприятий;
- 5) Методы дальнейшего наблюдения за больной.

Ответы:

- 1) необратимый гиповолемический шок;
- 2) проведение сердечно-легочной реанимации;
- 3) плевральная пункция, рентгенография грудной клетки;
- 4) дренирование на поврежденной стороне плевральной полости, восполнение объема циркулирующей крови;
- 5) проведение кардиомониторного наблюдения (ЦВД, АД, ЭКГ, насыщение гемоглобина кислородом).

Примеры контрольных вопросов

Проверяемые компетенции: ОПК-4.; ОПК-5.; ОПК-6; ОПК-7.; ОПК-8.2. -8.3.; ОПК-9; ПК-4; ПК-5

1. Водно-электролитные нарушения в периоперационном периоде. Диагностика. Принципы коррекции.

Ответ:

Нарушения ВЭБ разделяют по уровню гидратации (гипо- или гипер-), осмоляльности плазмы (гипо-, изо-, гипер), по локализации (клеточная, внеклеточная, смешанная).

Причины дефицита воды. 1. Несахарный диабет • Центральный • Нефрогенный 2. Чрезмерное потоотделение 3. Профузный понос 4. Гипервентиляция

Причины дефицита натрия. Потери через почки • Полиурическая фаза ОПН; • Применение диуретиков • Недостаточность минералокортикоидов • Осмодиурез (например, при сахарном диабете) 2. Потери через кожу • Дерматит; • Ожоги; • Муковисцидоз. 3. Потери через кишечник 9 • Рвота; • Понос; • Свищи • Кишечная непроходимость, перитонит.

Причины избытка воды. Почечная недостаточность.

Причины избытка натрия. А. Избыток поступления. Б. Нарушение выведения. Синдром СКФ (ОПН, ХПН) 2. Возросшая реабсорбция (избыток минералокортикоидов, синдромы Кушинга, Кона) 3. Вторичный гиперальдостеронизм • Застойная сердечная недостаточность • Нефротический синдром • Асцит • Стеноз а. renalis, активация РААС.

Диагностика вида нарушения осуществляется на основании клинико-лабораторных данных.

Коррекция нарушений ВЭБ проводится в зависимости от причины и вида выявленных нарушений.

Проверяемые компетенции: ОПК-4.; ОПК-5.; ОПК-6; ОПК-7.; ОПК-8.2. -8.3.; ОПК-9; ПК-5

2. Острая церебральная недостаточность. Виды, диагностика, интенсивная терапия.

Ответ:

Церебральная недостаточность – это симптомокомплекс нарушений количественного и (или) качественного уровня сознания, координированной активности эфферентных (двигательных, нейро-гуморальных, нейро-вегетативных) и (или) афферентных (чувствительных) систем центральной нервной системы (ЦНС), проявляющихся временным или стойким нарушением психоневрологического статуса больного, который может сопровождаться вторичными мультиорганными нарушениями (например, церебро-кардиальными, церебро-респираторными, церебро-интестинальными, церебро-пульмональными т.д.).

Внутричерепные факторы вторичного повреждения мозга: внутричерепные ишемия и кровоизлияния; внутричерепная гипертензия и отёк мозга; дислокационный синдром и компрессия; церебральный вазоспазм; внутричерепная инфекция. Внечерепные факторы вторичного повреждения мозга: гипоксия; артериальная гипо-, гипертензия, гипертермия; гипо-, гипернатриемия; гипо-, гипергликемия, гипокапния.

Диагноз устанавливается на основании клинических данных (оценка уровня сознания, неврологическая оценка), данных инструментальных и лабораторных исследований.

Интенсивная терапия ОЦН во многом зависит от этиологии. Основные принципы: нормализация газообмена, гемодинамики, нормогликемии, нормотермии, осмоляльности плазмы; лечение и профилактика судорожного синдрома; терапия внутричерепной гипертензии, нейровегетативная стабилизация.

11. Перечень учебной литературы, необходимой для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Интенсивная терапия: национальное руководство. - Т. 1.: в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,

2022. Текст: электронный // URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471906.html>
2. Интенсивная терапия: национальное руководство. Т. 2: в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471913.html>
 3. Анестезиология: национальное руководство: краткое издание / под ред. А. А. Бунятына, В. М. Мизикова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457092.html>
 4. Инфузионно-трансфузионная терапия: руководство / А. А. Рагимов, Г. Н. Щербакова. - 2-е изд., доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461778.html>
 5. Нейрореаниматология: практическое руководство / В. В. Крылов, С. С. Петриков, Г. Р. Рамазанов, А. А. Солодов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461785.html>
 6. Спирометрия / Стручков П. В., Дроздов Д. В., Лукина О. Ф. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464243.html>
 7. Хирургический больной: мультидисциплинарный подход / под ред. Бояринцева В. В., Пасечника И. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457528.html>
 8. Трансфузиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Рагимова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463055.html>

Дополнительная литература:

1. Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия: Учебник / С.А. Сумин, К.Г. Шаповалов [и др.]. - Изд. 2-е, перераб. и доп. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2021. - Текст: электронный // URL:
<https://www.medlib.ru/library/library/books/42932>
2. Клинические рекомендации. Анестезиология-реаниматология / под ред. И. Б. Заболотских, Е. М. Шифмана - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440360.html>
3. Диагностика неотложных состояний / Кишкун А. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450574.html>
4. Внезапная сердечная смерть / Бокерия Л. А., Ревитшвили А. Ш., Неминуцкий Н. М., Проничева И. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456293.html>
5. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии / В. Н. Серов, И. И. Баранов, О. Г. Пекарев, А. В. Пырегов, В. Л. Тютюнник, Р. Г. Шмаков - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440544.html>
6. Безопиоидная аналгезия в хирургии: от теории к практике: руководство для врачей / А. М. Овечкин, А. Г. Яворовский. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465929.html>
7. Трансфузиология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Рагимова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463055.html>
8. Практическая кардиоанестезиология / ред. Ф.А. Хенсли, мл., Д.Е. Мартин, Г.П. Грэвли; пер. с англ. под ред. А.А. Бунятына - 5-е изд. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2017. - Текст: электронный // URL:
<https://www.medlib.ru/library/library/books/3124>

9. Общая анестезия в клинике детской онкологии / А.И. Салганов, Н.В. Матинян. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. - Текст: электронный // URL:<https://www.medlib.ru/library/library/books/2900>

Нормативные документы:

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
2. Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
3. Приказ от 2 ноября 2020 г. N 1186н «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения российской федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
4. Приказ от 27 апреля 2021 г. N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
5. Приказ Минздрава России от 23 августа 2016 г. №625н «Об утверждении порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности».

10. АТТЕСТАЦИИ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ИЗ ЧИСЛА ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не являющимися инвалидами, если это не создает трудностей для инвалидов и иных обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;
- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);
- пользование необходимыми обучающимся инвалидам техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Центра Алмазова по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья продолжительность сдачи государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

- продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;
- продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме или в форме тестирования - не более чем на 20 минут.

В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья Центр Алмазова обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слабовидящих:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом;
- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;
- при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

б) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи:

- обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

в) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей):

- письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

Обучающийся, из числа инвалидов, не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в личном деле обучающегося).

В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

11. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной

экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена) либо выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция не позднее 2 рабочих дней со дня ее подачи рассматривается на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Заседание апелляционной комиссии может проводиться в отсутствие обучающегося, подавшего апелляцию, в случае его неявки на заседание апелляционной комиссии.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае если апелляция удовлетворяется, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные образовательной организацией.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается обучающимся, в том числе в электронной форме (подписанная апелляция на бумажном носителе, преобразованная в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания ее текста), через личный кабинет в СДО MOODLE в раздел «ГИА – Апелляционная комиссия» не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К ПРОГРАММЕ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	31.08.02 Анестезиология-реаниматология
Направленность	Анестезиология-реаниматология
Квалификация выпускника:	Врач – анестезиолог-реаниматолог
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. В результате изучения программы дисциплины по специальности обучающегося формируются следующие компетенции:

- Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5.
- Общепрофессиональные: ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9
- Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

Универсальные компетенции

Компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. - новые технологии в области медицины и фармации по диагностике, лечению, пациентам: - пациент- ориентированный, персонифицированный подход в современной медицине; - роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации; - использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача- неонатолога; - излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально- этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов., - информировать пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	<p>Знает: цели, задачи и принципы формирования проекта в рамках обозначенной проблемы; содержание и критерии эффективности каждого этапа проекта;</p> <p>Умеет: составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.</p>
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	<p>Знает: знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала</p> <p>Умеет: руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, используя принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства.</p>
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	<p>Знает: основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон</p> <p>Умеет: применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон и толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива</p>
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	<p>Знает: методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p> <p>Умеет: применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p>

Общепрофессиональные компетенции

Компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	<p>Знает: современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития</p> <p>Умеет: использовать современные информационно-коммуникационные технологии для профессионального и личностного развития</p>
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организацию лечебно- профилактической помощи пациентам; <p>- Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача- оториноларинголога; - работать с медицинской документацией в условиях поликлиники, амбулатории и стационара в соответствии с нормативными требованиями; - проводить пропаганду здорового образа жизни; - организовать профилактическую работу по снижению заболеваемости пациентов; - организовать диспансерное наблюдение за здоровыми и больными пациентами, пациентами из группы риска; - проводить профилактику обострений хронических заболеваний; - организовать санитарно - просветительную и медико- социальную работу
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	<p>Знает: педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения</p> <p>Умеет: использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения</p>
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>Знает: - принципы проведения осмотра пациента и оценки состояния, патофизиологию, клинические признаки состояний, представляющие угрозу жизни пациента, включая состояние клинической смерти</p> <p>Умеет: - проводить клинический осмотр и оценку состояния пациента, распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациента, включая состояние клинической смерти</p>
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	<p>Знает: - принципы выбора вида анестезиологического пособия и его проведения согласно соматическому статусу, характеру и объему медицинского вмешательства и его неотложности, принципы осуществления непрерывного контроля состояния пациента, осложнения анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии, методы корригирующей терапии</p> <p>Умеет: - осуществлять выбор вида анестезиологического пособия и его проведение согласно соматическому статусу, характеру и объему медицинского вмешательства и его неотложности, осуществлять непрерывный контроль состояния пациента, распознавать осложнения анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии, применять обоснованную корригирующую терапию</p>
ОПК-6. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<p>Знает: принципы проведения отдельных видов медицинских экспертиз, нормативную базу по проведению медико-социальной экспертизы</p> <p>Умеет: Проводить отдельные виды медицинских экспертиз; подготавливать необходимую медицинскую документацию для направления на медико-социальную экспертизу</p>
ОПК-7. Способен проводить и контролировать эффективность	<p>Знает: принципы проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</p>

мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Умеет: - проводить работу по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знает: принципы ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными. Умеет: вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными данными.
ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	Знает: принципы оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания) Умеет: оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания)

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях ВО	Знает: педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО Умеет: применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	Знает: основные базы данных, электронные библиотеки и др. электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов, организации исследовательской, проектной и иной деятельности, соответствующей научной области и области профессиональной деятельности Умеет: использовать информационные системы в здравоохранении; применять компьютерные методы обработки данных в медицине
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знает: нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации. - принципы организации труда - порядок ведения учетно-отчетной документации Умеет: использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению - обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности
ПК-4. Готовность к проведению анестезиологического пособия	Знает: медицинские показания и медицинские противопоказания к анестезиологическому пособию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, протоколы лечения осложнений анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии при состояниях, угрожающих жизни пациента Умеет: Проводить комплекс мероприятий по подготовке к анестезиологическому пособию, его проведению при различных медицинских вмешательствах, в том числе при болезненных манипуляциях и исследованиях, проводить мероприятия по лечению осложнений анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии при состояниях, угрожающих жизни пациента

ПК-5. Готовность к проведению мероприятий интенсивной терапии	<p>Знает: способы введения, режима и дозы лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <p>Умеет: - определять способы введения, режима и дозы лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента</p>
---------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап - Оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование в электронном или письменном виде)	УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5	ТЗ
2 этап - Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование)	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9 ПК-1, ПК-4, ПК-5	КВ, СЗ

*виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), ситуационные задачи (СЗ)

Критерии уровня освоения теоретической подготовки и практических умений обоснованы в рабочей программе государственной итоговой аттестации.

3. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов двух этапов экзамена.

Критерии оценки результатов поэтапного экзамена

Показатель оценивания результатов освоения образовательной программы	Критерий			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности по тестам)	90-100%	80-89 %	70-79 %	До 70%
Собеседование (Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи)	Обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью,	Обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит	Обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в	Обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные

	четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе	диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах	заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы	вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

Критерии оценки сформированности компетенций в формализованном виде:

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Тестовые задания открытого типа:

Проверяемые компетенции: УК-1.1-1.2; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ПК-4

1. Основные компоненты общей анестезии – это амнезия, нейролепсия (сон), миоплегия и _____ (указать недостающий компонент)
2. Искусственно вызванное обратимое состояние торможения центральной нервной системы с временным отключением сознания, рефлексов, болевой чувствительности и расслаблением скелетной мускулатуры – это _____ (два слова)
3. Во время теста _____ визуализируется мягкое небо, язычок, твердое небо, зев. (ответ записать на русской раскладке клавиатуре)
4. По градации Ричмондской шкале оценки ажитации и седации +4 балла характеризует состояние пациента как _____ (ответ записать прилагательным)
5. Быстроразвивающийся симптомокомплекс, вызванный нарушением функции сердца – это _____ сердечная недостаточность
6. Клинические формы острой сердечной недостаточности: 1. острая декомпенсация хронической сердечной недостаточности, 2. Кардиогенный отек легких, 3. _____ (два слова), 4. Правожелудочковая сердечная недостаточность.
7. LIS – шкала тяжести повреждения _____

8. Показания для трахеостомии: искусственная вентиляция легких более __ суток (ответ запишите цифрой)
9. Дыхательный объем определяется равным 6-7 мл/кг _____ веса
10. Реанимационные мероприятия прекращаются при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций в течение _____ минут. (ответ запишите цифрой)
11. При первичной оценке пациента, находившегося в состоянии клинической смерти, определяется отсутствие _____, отсутствие нормального дыхания.
12. Фибрилляция желудочков и желудочковая _____, ритмы, требующие дефибрилляции
13. В отделении реанимации коррекцию гипергликемии начинают с уровня _____ ммоль/л (ответ запишите цифрой)
14. Наихудший вариант течение трудных дыхательных путей: нельзя _____ - нельзя _____ (ответ состоит из двух слов, напишите через запятую)
15. Септический и _____ шок – это варианты дистрибутивного шока.
16. Препарат выбора из группы вазопрессоров при септическом шоке _____ (препарат напишите по действующему веществу)
17. Угрожающая жизни органная дисфункция из-за дисрегуляции ответа хозяина на инфекцию – это _____
18. Атракуриум, Векурониум, рокурониу, цисатракуриум – это миорелаксанты с _____ продолжительностью действия
19. Пипекурониум, Панкурониум, Тубокурарин – это миорелаксанты _____ действия
 Ответ: длительного
20. Искусственная вентиляция легких при которой на аппарате задается определенный объем, но требуется постоянный контроль за давлением в системе – это ИВЛ с контролем по _____
21. Искусственная вентиляция легких при которой на аппарате задается определенный уровень давления в контуре, но требуется постоянный контроль за объемом – это ИВЛ с контролем по _____
22. Преимущества ИВЛ по давлению - это низкий риск _____
23. Преимущества ИВЛ по объему - это низкий риск _____
24. При уменьшении минутной альвеолярной вентиляции легких в организме накапливается _____ газ
25. При поражении альвеолярно-капиллярной мембраны прежде всего в организме стоит ожидать развитие _____
26. Дайте название состояния, при котором в крови определяются следующие показатели: рН менее 7,35
27. Дайте название состояния, при котором в крови определяются следующие показатели: рН более 7,45
28. Условием для проведения маневра раскрытия альвеол являются: _____ и седация
29. Pressure Support – это: вспомогательная вентиляция с поддержкой по _____
30. SIMV - это: перемежающаяся _____ вентиляция
31. BiLevel - это: вентиляция на _____ уровнях давления (ответ запишите цифрой)
32. Индекс оксигенации – отношение _____ напряжения кислорода в артериальной крови к _____ кислорода на вдохе
33. Нейролептанальгезия – это метод общей ингаляционной анестезии, при котором основными фармакологическими препаратами являются нейролептик (_____) и наркотический анальгетик (фентанил, морфин, промедол).
34. Противопоказания к назначению гидрокарбоната натрия при метаболическом ацидозе являются: _____, отек легких, гиперосмолярная кома
35. Кардиотоник с вазоплегическим свойством – это _____
36. Респираторный алкалоз вызывает _____ мозгового кровотока

37. Механическая кишечная непроходимость, мезентериальная ишемия, продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение, перфорация кишки или несостоятельность анастомоза, высокий свищ тонкой кишки – это _____ к проведению энтерального питания
38. Препарат выбора при проведении сердечно-легочной реанимации _____
39. У больных с исходной гиповолемией анестетиком выбора является _____
40. Может спровоцировать развитие гиперхлоремического ацидоза изотонический раствор _____ (два слова)
41. Дыхательный ацидоз развивается в следствие накопления в организме _____ газа
42. Для коррекция внутриклеточной и интерстициальной дегидратации используют _____ изотонический раствор
43. Состояние глубокого повреждения центральной нервной системы, сопровождающееся угнетением сознания, реакций на внешние раздражители и нарушением регуляции жизненно важных функций организма – это _____
44. Угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной психической активности – это _____
45. Пациента с гемодинамически значимым пароксизмом фибрилляции/трепетания предсердий показано проведение _____ терапии
46. Метаболическим показателем снижения доставки кислорода к тканям является _____
47. Препаратом выбора для медикаментозной версии фибрилляции предсердий с предвозбуждением желудочков является _____
48. Расчет сердечного выброса по методу Фика, предпочтителен у пациентов с _____ недостаточностью
49. Выраженная вариабельность кривой инвазивного давления, связанная с дыхательными циклами, является признаком _____
50. При развитии системной интоксикации местными анестетиками, при меняют протокол «_____ спасение»

Тестовые задания закрытого типа:

Проверяемые компетенции: УК-1.1-1.2; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ПК-4;

1.	Чему примерно равна поверхность альвеолярно-капиллярного барьера? 1) 25-50 кв. м. 2) 50-100 кв. м. 3) 100-150 кв. м. 4) 150-200 кв. м.
2.	Сурфактант: 1) Облегчает диффузию O ₂ через альвеолярно-капиллярную мембрану 2) Облегчает диффузию CO ₂ через альвеолярно-капиллярную мембрану 3) Увеличивает поверхностное натяжение альвеол 4) Уменьшает поверхностное натяжение альвеол
3.	Сурфактант вырабатывают: 1) Альвеолярные макрофаги 2) Бокаловидные клетки 3) Альвеолярные клетки 1 типа 4) Альвеолярные клетки 2 типа
4.	Активность легочного сурфактанта выше при: 1) Раздутых альвеолах 2) Частично ателектазированных альвеолах 3) Одинакова
5.	Какая нормальная величина минутного объема дыхания у взрослого человека: 1) 2-4 л/мин 2) 5-10 л/мин

	3) 8-12 л/мин 4) 10-15 л/мин
6.	Какой самый малый из перечисленных легочных объемов: 1) Дыхательный объем 2) Жизненная емкость легких 3) Остаточный объем легких 4) Резервный объем выдоха
7.	В каком виде преимущественно переносится CO ₂ в венозной крови? 1) Растворенный CO ₂ 2) Карбоминовые соединения 3) Бикарбонат
8.	Какие рецепторы ответственны за стимуляцию дыхательного центра при гипоксемии? 1) Центральные (в продолговатом мозге) 2) Периферические (в каротидных и аортальных тельцах) 3) И те и другие 4) Ни те, ни другие
9.	Из всех химических субстанций наиболее мощным регулятором альвеолярной вентиляции в норме является: 1) Кислород 2) Углекислый газ 3) Ионы водорода 4) Молочная кислота Когда имеет место избыток оснований ВЕ: 1) при метаболическом алкалозе, 2) при компенсации дыхательного ацидоза, 3) при метаболическом ацидозе, 4) при компенсации дыхательного алкалоза.
10.	Сколько транспортируется в крови двуокиси углерода в растворенном виде? 1) 5.6%, 2) 24%, 3) 70%, 4) 90%
11.	Какой продукт, обладающий кислотными свойствами, образуется в тканях в результате метаболизма жира в условиях гипоксии? 1) Кетоновые тела; 2) Серная кислота; 3) Фосфорная кислота; 4) Мочевая кислота.
12.	Какая форма нарушений кислотно-щелочного состояния крови встречается в реаниматологической практике чаще всего? 1) Метаболический ацидоз; 2) Респираторный ацидоз; 3) Метаболический алкалоз; 4) Респираторный алкалоз.
13.	Особенности закиси азота: 1) сильный наркотический эффект и слабый анальгезирующий эффект 2) слабое наркотическое и выраженное анальгезирующее действие, 3) может применяться по открытой системе, 4) применяется только в смеси с кислородом.
14.	При передозировке фторотана во время анестезии: 1) остановка дыхания предшествует остановке сердца, 2) полный поперечный блок предшествует асистолии, 3) асистолия и прекращение дыхания наступает одновременно.
15.	При какой комбинации препаратов из числа перечисленных метод анестезии можно назвать атаралгезией? 1) дроперидол и фентанил,

	<p>2) седуксен и фентанил, 3) оксибутират натрия и промедол, 4) сомбревин и фентанил.</p>
16.	<p>Какова предельно допустимая концентрация закиси азота в смеси с кислородом при проведении анестезии средней продолжительности:</p> <p>1) 20%, 2) 40%, 3) 80%, 4) 95%.</p>
17.	<p>Каким медиатором осуществляется процесс передачи возбуждения в нервно-мышечном синапсе?</p> <p>1) серотонином, 2) дофамином, 3) ацетилхолином.</p>
18.	<p>С помощью какого фермента происходит гидролиз ацетилхолина?</p> <p>1) холинацетилаза, 2) холинэстераза, 3) аденилатциклаза.</p>
19.	<p>Какой миорелаксант является деполяризующим?</p> <p>1) мивакурий, 2) панкуроний, 3) сукцинилхолин, 4) пипекуроний.</p>
20.	<p>Какой миорелаксант повышает внутриглазное давление?</p> <p>1) дитилин, 2) мивакрон 3) ардуан.</p>
21.	<p>Чем объясняется снижение артериального давления под действием тракриума?</p> <p>1) снижением сердечного выброса, 2) высвобождением гистамина, 3) блокадой b-адренорецепторов</p>
22.	<p>Сестра-анестезист с целью устранения остаточной кураризации в отсутствии врача ввела больному в/в быстро 2 мг прозерина после чего у него развилась брадикардия, бронхоспазм, появилось обильное слюнотечение. Что нужно срочно ввести больному для снятия описанных симптомов?</p> <p>1) адреналин, 2) атропин, 3) эфедрин, 4) бемегрид.</p>
23.	<p>Какой из нижеперечисленных релаксантов не следует применять у больных бронхиальной астмой?</p> <p>1) тракриум, 2) павулон, 3) дитилин, 4) ардуан.</p>
24.	<p>С какой целью применяют атропина сульфат перед операцией</p> <p>1) для угнетения потоотделения, 2) для блокады периферических М-холинорецепторов и фармакологической "денервации" блуждающего нерва, 3) для подавления секреции слюнных желез, 4) для профилактики гипотонии.</p>
25.	<p>Преимущественно допаминэргический эффект, проявляющийся в увеличении почечного кровотока, клубочковой фильтрации характерен для допамина в следующей дозировке:</p> <p>1) 3 мкг/кг/мин., 2) 5 мкг/кг/мин., 3) 10 мкг/кг/мин.</p>

26.	Исключите общий ингаляционный анестетик, который относительно редко используют в нейроанестезиологии: 1) севофлоран 2) фторотан 3) закись азота.
27.	Какой анальгетик обладает наиболее избирательной анальгетической активностью, в меньшей мере проникает через плаценту и не оказывает влияния на моторную функцию матки и родовую деятельность? 1) морфин, 2) промедол, 3) фентанил, 4) пентазоцин.
28.	Какой контингент больных пожилого возраста является "тромбоопасными": 1) с сопутствующей сердечной патологией, 2) с ожирением, 3) с дыхательной недостаточностью, 4) с печеночной недостаточностью.
29.	Постинтубационный отек гортани: 1) Наиболее часто встречается в периоде новорожденности 2) Может быть предотвращен применением специальных мазей 3) Проявляется затруднением дыхания преимущественно на выдохе 4) Должен лечиться противовоспалительной и дегидратационной терапией
30.	Для передозировки ингаляционного анестетика не характерны: 1) максимальное расширение зрачка, анизокория 2) снижение АД, тахикардия, аритмия 3) бледность, цианоз 4) повышение мышечного тонуса
31.	Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция (SIMV) 1) полезна у больных в состоянии апноэ 2) запускает вентилятор автоматически, вне связи с вдохом больного 3) используется при отлучении больного от вентилятора 4) не требует клапанов в дыхательном контуре.
32.	Выберите предел нормальных колебаний ЦВД: 1) от 0 до 20 мм водн.ст., 2) от 20 до 60 мм водн.ст., 3) от 40 до 70 мм водн.ст., 4) от 80 до 120 мм водн.ст.
33.	Характер действия инфузионной терапии зависит от: 1) вводимого препарата, 2) скорости введения, 3) пути введения инфузионных препаратов, 4) функционального состояния систем жизнеобеспечения.
34.	В какой разовой дозе следует применять адреналин при проведении сердечно-легочной реанимации: 1) 10 мкг, 2) 100 мкг, 3) 1 мг, 4) 5 мг.
35.	Сурфактант: 1) Облегчает диффузию O ₂ через альвеолярно-капиллярную мембрану 2) Облегчает диффузию CO ₂ через альвеолярно-капиллярную мембрану 3) Увеличивает поверхностное натяжение альвеол 4) Уменьшает поверхностное натяжение альвеол
36.	Сурфактант вырабатывают: 1) Альвеолярные макрофаги 2) Бокаловидные клетки

	3) Альвеолярные клетки 1 типа 4) Альвеолярные клетки 2 типа
37.	Какие лекарственные средства можно вводить эндотрахеально: 1) адреналин, 2) атропин, 3) лидокаин, 4) гидрокарбонат натрия.
38.	При определении на ЭКГ мелковолновой фибрилляции желудочков следует предпринять: 1) открытый массаж сердца, 2) введение адреналина, 3) введение сердечных гликозидов, 4) дефибрилляцию
39.	При каком количестве суточной мочи можно ставить диагноз "олигурия"? 1) менее 500 мл, 2) менее 300 мл, 3) менее 100 мл.
40.	При каком количестве суточной мочи можно ставить диагноз "анурия"? 1) менее 100 мл, 2) менее 50 мл, 3) полное отсутствие мочи.
41.	Когда дефибрилляция будет неэффективной: 1) при неправильном размещении электродов, 2) при неадекватной вентиляции легких, 3) при некоррегированном ацидозе, 4) если предшествующий массаж был неэффективен.
42.	Действие норадреналина обуславливает: 1) спазм артерий и расширение вен, 2) расширение артерий и спазм вен, 3) спазм всех артерий и вен, 4) спазм всех артерий и вен, за исключением коронарных и мозговых.
43.	Повышенного PaCO ₂ можно ожидать при: 1) массивной легочной эмболии 2) диабетическом кетоацидозе 3) уремической рвоте 4) спонтанном пневмотораксе
44.	Какое из следующих действий создает условия для максимального проведения разряда во время дефибрилляции? 1) Разместить спиртовые прокладки между электродами и кожей 2) Уменьшить давление, используемое для прижатия электродов 3) Смазать электроды специальной проводящей пастой 4) Уменьшить энергию разряда после 2-ого удара
45.	Какие из следующих препаратов часто используются для раннего лечения острой ишемии миокарда? 1) Болюс лидокаина внутривенно с последующей инфузией лидокаина 2) Разжевать таблетку аспирина, нитроглицерин под язык и внутривенно морфий 3) Болюс внутривенно амиодарона и далее внутрь таблетку одного из ингибиторов АПФ 4) Блокатор кальциевых каналов плюс внутривенно фуросемид
46.	Какой из следующих ритмов является показанием для проведения чрескожной кардиостимуляции? 1) Синусовая брадикардия без симптомов 2) Нормальный синусовый ритм с гипотензией и шоком 3) Полная поперечная блокада сердца с отеком легких 4) Асистолия, которая возникла после 6 или больше разрядов дефибриллятора
47.	Быстрый предсердный ритм с частотой до 750 импульсов в минуту является описанием какого вида аритмии? 1) Фибрилляция предсердий

	<ul style="list-style-type: none"> 2) Мультифокальная предсердная тахикардия 3) Ускоренная атриовентрикулярная узловая тахикардия 4) Трепетание предсердий
48.	<p>Характеристики синдрома Wolff-Parkinson-White включают:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Присутствие дельта- волны на электрокардиограмме 2) Увеличенный риск внезапной смерти 3) Эпизоды предсердной тахикардии 4) Эпизоды мультифокальных преждевременных желудочковых сокращений
49.	<p>МАК – минимальная концентрация ингаляционного анестетика в альвеолярном газе, которая:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) предотвращает боль в 100% случаев, 2) предотвращает двигательную реакцию на болевой раздражитель в 50% случаев, 3) вызывает общую анестезию, 4) вызывает сон.
50.	<p>В состав премедикации для больных с глаукомой нельзя включать:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) большие дозы атропина, 2) скополамин 3) пилокарпин 4) фентанил
51.	<p>Вздутые шейные вены в вертикальном положении указывают на увеличение объема правого желудочка в конце диастолы при наличии:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) тампонады сердца 2) синдрома верхней полой вены 3) напряженного пневмоторакса
52.	<p>Спазм бронхиол проявляется:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) продолжительным форсированным выдохом 2) продолжительным вдохом 3) продолжительным вдохом и длительным форсированным выдохом 4) ослабленным вдохом и ослабленным выдохом.
53.	<p>При попадании кончика катетера, для измерения ЦВД, в полость правого предсердия могут появиться:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) преждевременное сокращение желудочков 2) появление экстрасистол 3) увеличение амплитуды зубца Q 4) инвертированный зубец T
54.	<p>Какие мероприятия наиболее эффективно устраняют фибрилляцию желудочков?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) открытый массаж сердца 2) электрическая дефибрилляция 3) закрытый массаж сердца 4) химическая дефибрилляция
55.	<p>Быстрое снижение податливости легких чаще всего свидетельствует о:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) нарушении проходимости дыхательных путей, 2) развитии пневмонии, 3) недостаточности правого желудочка сердца, 4) отеке легких.
56.	<p>Снижение парциального давления кислорода вызывает спазм:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Коронарных сосудов 2) Сосудов малого круга 3) Сосудов спланхнической зоны 4) Сосудов поперечнополосатой мускулатуры
57.	<p>Использование положительного давления на выдохе не показано при:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Отеке легких 2) Булезной эмфиземе легких 3) Наличии бронхоплеврального свища 4) Гиповолемии
58.	<p>Увеличение венозного притока к сердцу оказывает следующее влияние на деятельность сердца:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) усиление сокращений сердца,

	2) ослабление сокращений сердца
59.	Среднее давление в правом предсердии составляет: 1) 40 мм вод.ст., 2) 5 мм рт.ст., 3) 90 мм вод.ст., 4) 70 мм рт.ст.
60.	Максимальное давление в легочной артерии в норме составляет: 1) 30 мм рт.ст., 2) 80 мм вод.ст., 3) 50 мм рт.ст.
61.	Постнагрузка, это: 1) спазм коронарных артерий, 2) нагрузка объемом правых отделов сердца, 3) сопротивление, преодолеваемое мышечным волокном при сокращении
62.	Коронарный кровоток во время напряженной работы достигает: 1) 200 мл/мин., 2) 500 мл/мин., 3) 1000 мл/мин., 4) 2000 мл/мин. Какие препараты применяются при лечении септического шока? 1) глюкокортикоиды, 2) вазопрессоры, 3) дофамин, 4) вазодилататоры.
63.	Выберите правильную формулу для определения ударного индекса: 1) СИ*Стела, 2) МОК/Стела, 3) УО/Стела.
64.	Повышение уровня Ca ²⁺ в кардиомиоцитах приводит к: 1) увеличению ЧСС, 2) снижению АД, 3) повышению контрактильности миокарда, 4) дилатации сердца
65.	Факторы, которые уменьшают электрическую импульсную активность каротидного синуса в ответ на острые изменения системного кровообращения, включают: 1) Пожилой возраст 2) Применение галотана 3) Эссенциальная гипертензия 4) Физиологический сон
66.	Механическое раздражение каротидных зон вызывает: 1) гипертензию, брадикардию, тахипноэ 2) гипертензию, брадикардию, брадипноэ 3) гипотензию, брадикардию, брадипноэ 4) гипертензию, тахикардию, брадипноэ
67.	В норме время свертывания крови в обычной пробирке по Ли-Уайту равно: 1) 3 - 4 мин 2) 5 – 7 мин 3) 10 -14 мин 4) 1-2 мин
68.	Внутриклеточная жидкость составляет от массы тела: 1) 20% 2) 40% 3) 60%
69.	Основными внутриклеточными катионами являются: 1) ионы Na и Ca, 2) ионы K и Mg,

	3) ионы К и Cl.
70.	Укажите величину нижней и верхней границ нормы показателя ВЕ (ммоль/л) : 1) 5.2 2) 2.3 3) -2.3 4) -5.2
71.	Какая кровь имеет в норме более низкие значения рН — артериальная или венозная? 1) Артериальная, 2) Венозная.
72.	Какие показатели характерны для умеренного снижения УИ: 1) 19-28 мл/м ² , 2) 29-38 мл/м ² , 3) 39-42 мл/м ² , 4) 43-55 мл/м ² .
73.	С помощью какого фермента ресинтезируется ацетилхолин? 1) холинэстераза, 2) холинацетилаза, 3) аденилатциклаза.
74.	Сукцинилхолин может вызывать остановку сердца: 1) из-за гиперкалиемии в момент фибрилляции 2) от непосредственного токсического действия на миокард 3) из-за гистаминового выброса и сосудистой дистонии
75.	В какой дозе допамин увеличивает сократительную способность миокарда и сердечный выброс без заметного повышения системного сосудистого сопротивления: 1) 3 мкг/кг/мин., 2) 5 мкг/кг/мин., 3) 10 мкг/кг/мин.
76.	В какой дозе проявляется альфа - адренергическое действие допамина? 1) 3 мкг/кг/мин., 2) 5 мкг/кг/мин., 3) 10 мкг/кг/мин.
77.	К легочным вазоконстрикторам можно отнести: 1) Простагландины 2) Гистамин 3) Ацетилхолин
78.	Сердечно-сосудистые эффекты которого из следующих препаратов можно объяснить частично его способностью стимулировать высвобождение эндогенного норадреналина? 1) Кальций 2) Добутамин 3) Изопроterenол 4) Допамин
79.	Нитропруссид натрия 1) является прямым вазодилататором 2) передозировка может вызвать дыхательный ацидоз 3) может вызвать синусовую брадикардию 4) раствор стоек при длительном хранении
80.	Протамин сульфат в дозе 1 мг нейтрализует: 1) 2500-5000 ЕД гепарина 2) 1000-1500 ЕД гепарина 3) 80-100 ЕД гепарина 4) 70-50 ЕД гепарина
81.	Наибольший по длительности эффект гепарина наблюдается: 1) при внутривенном введении 2) при внутримышечном 3) при подкожном 4) при ректальном

82.	<p>При митральном стенозе в состав премедикации включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) анальгетики, 2) транквилизаторы, 3) антигистаминные препараты, 4) атропин.
83.	<p>При операциях на сердце для вводной анестезии могут быть использованы барбитураты. В этом случае их доза, по сравнению с больными без признаков сердечной недостаточности, должна быть:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличена, 2) уменьшена, 3) изменяться не должна.
84.	<p>«Высокодозная опиоидная анестезия» при операциях на сердце с искусственным кровообращением предполагает применение фентанила в общей дозе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 5-7 мкг/кг, 2) 20 мкг/кг, 3) 50 мкг/кг, 4) 100 мкг/кг.
85.	<p>Для предотвращения гипертензии при наложении зажимов на аорту во время операции по поводу коарктации аорты применяют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) положение Фовлера, 2) управляемую гипотонию, 3) усиление анальгетического компонента общей анестезии, 4) усиление нейровегетативного компонента общей анестезии.
86.	<p>Лидокаин относится к группе</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эфиров 2) аминов 3) амидов 4) эстеров
87.	<p>В процессе кесарева сечения матери ввели кетамин. В каком организме кетамин разрушится быстрее?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) в организме матери 2) в организме новорожденного 3) скорость разрушения будет одинаковой 4) организм новорожденного не обладает способностью разрушать кетамин, а выводит его с мочой
88.	<p>У больных пожилого и старческого возраста периферическое сосудистое сопротивление:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) увеличено, 2) уменьшено, 3) не зависит от возраста.
89.	<p>У больных пожилого и старческого возраста ЦВД:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижено, 2) повышено, 3) не зависит от возраста.
90.	<p>Основной конечной целью инфузионно-трансфузионной терапии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нормализация водно-электролитного баланса, 2) восстановление ОЦК, 3) восстановление нормального уровня потребления кислорода (VO_2).
91.	<p>Индекс массы тела (индекс Кетле) это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отношение фактической массы тела (кг) к квадрату длины тела (m^2), 2) отношение рекомендуемой массы тела (кг) к квадрату длины тела (m^2), 3) отношение фактической массы тела (кг) к площади тела (m^2), 4) отношение площади тела (m^2) к фактической массе тела (кг).
92.	<p>Методом выбора лечения тахисистолической формы кардиогенного шока является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лекарственная терапия бета-блокаторами, 2) введение гликозидов, 3) электроимпульсная терапия.

93.	При развитии анафилактического шока все препараты следует вводить: 1) внутримышечно, 2) внутривенно, 3) путь введения не имеет значения.
94.	Какие осложнения могут наблюдаться при закрытом массаже сердца: 1) ушиб и ранение печени, 2) фибрилляция желудочков, 3) перелом ребер, 4) воздушная эмболия.
95.	Эффективный непрямой массаж сердца обеспечивает поддержание общего кровотока: 1) до-30%, 2) 31-50%, 3) 51-70% от должного.
96.	Какие состояния сопровождаются клиникой остановки кровообращения: 1) электромеханическая диссоциация сердца, 2) устойчивая фибрилляция предсердий, 3) мерцательная аритмия тахисистолической формы, 4) желудочковая тахикардия без пульса.
97.	Введение натрия гидрокарбоната без предварительного определения КОС оправдано: 1) во время проведения реанимации при остановке кровообращения, 2) в раннем постреанимационном периоде (в первые 12 час.) , 3) в третьем периоде постреанимационной болезни.
98.	При какой продолжительности клинической смерти можно рассчитывать на благоприятный исход: 1) 4 мин. при гипертермии, 2) 4 мин. при нормотермии, 3) 6 мин. при нормотермии, 4) 40 мин. при гипотермии (32С и ниже) .
99.	Когда можно прекращать реанимационные мероприятия, проводимые реаниматорами "немедиками", а также средним медицинским персоналом? 1) через 30 минут 2) при появлении самостоятельного кровообращения и дыхания 3) при появлении в процессе реанимации признаков биологической смерти 4) при поступлении информации о наличии у больного хронического неизлечимого заболевания в терминальной стадии
100.	При анурии воздействие гиперкалиемии на функцию миокарда может быть устранено: 1) введением хлорида натрия, 2) введением хлорида кальция, 3) введением адреналина, 4) введением белковых препаратов.
101.	За сутки путем перспирации через легкие и кожу выделяется при спокойном дыхании и нормальной температуре тела: 1) 400-500 мл, 2) 800-1000 мл, 3) 1500 мл.
102.	Какой базовый раствор должен быть при проведении операции? 1) 5% р-р глюкозы 2) гелофузин 3) 0,9% р-р натрия хлорида
103.	Добутамин обладает: 1) β_1 -стимулирующим действием 2) Способствует снижению легочного капиллярного давления 3) Повышает сердечный выброс 4) Вызывает сужение периферических артерий и вен
104.	Фракцию шунтируемой крови можно рассчитать если измерить: 1) Парциальное давление кислорода и насыщение гемоглобина кислородом в артериальной и

	<p>смешанной венозной крови</p> <p>2) Сердечный выброс и содержание кислорода в артериальной кров</p> <p>3) Сердечный выброс и артерио-венозная разница по кислороду</p>
105.	<p>Необходимость ингаляции кислорода после прекращения подачи закиси азота вызвано опасностью развития:</p> <p>1) гиперкапнии</p> <p>2) диффузионной гипоксии</p> <p>3) артериальной гипотензии</p> <p>4) брадикардии</p>
106.	<p>Способы применения бактериологического оружия</p> <p>1) артифициальный;</p> <p>2) аэрозольный;</p> <p>3) парентеральный.</p>
107.	<p>К возбудителям особо опасных инфекций относятся:</p> <p>1) чума;</p> <p>2) холера;</p> <p>3) желтая лихорадка;</p> <p>4) лихорадка Эбола;</p> <p>5) все перечисленные.</p>
108.	<p>Какие мероприятия осуществляются в больнице при угрозе возникновения ЧС:</p> <p>2. проводится оповещение и сбор персонала;</p> <p>3. в район бедствия выдвигаются силы и средства больницы;</p> <p>4. организуется медицинская разведка;</p> <p>5. вводится круглосуточное дежурство руководящего состава больницы;</p> <p>6. осуществляется укрытие персонала и больных в защитных сооружениях.</p>
109.	<p>К какому направлению противэпидемической работы при ликвидации последствий ЧС относится вакцинация?</p> <p>1. мероприятия по предупреждению заноса и распространения инфекций;</p> <p>2. мероприятия по профилактике возникновения инфекционных болезней и ликвидации эпидемических очагов среди населения в районе бедствия.</p>
110.	<p>К химическим методам обеззараживания воды в условиях чрезвычайных ситуаций относится:</p> <p>1) фторирование;</p> <p>2) хлорирование;</p> <p>3) умягчение;</p> <p>4) дегазация.</p>
111.	<p>Какова частота летальных исходов во время общей анестезии в настоящее время?</p> <p>1) на 1 000 000 анестезий</p> <p>2) на 100 000 анестезий</p> <p>3) на 10 000 анестезий</p> <p>4) на 100 анестезий</p>
112.	<p>Чем обусловлен операционно-анестезиологический риск?</p> <p>1) все указанное верно</p> <p>2) исходным состоянием больного</p> <p>3) видом анестезии</p> <p>4) длительностью и травматичностью операции</p> <p>5) срочностью операции</p>
113.	<p>Укажите правильное утверждение. Тест Малампати - это</p> <p>1) все перечисленное верно</p> <p>2) расстояние между подбородком и верхним краем Адамова яблока</p> <p>3) визуальная оценка расстояния от корня языка до крыши ротовой полости, то есть анатомического пространства, в котором будет работать анестезиолог при интубации.</p> <p>4) тест, со состоящий из множества различных заданий нарастающей сложности на логическое и пространственное мышление.</p> <p>5) включает вес пациента, движения головы и шеи, движения челюсти, опускание подбородка, неправильно расположенные зубы</p>
114.	<p>Пациент с тяжелым системным заболеванием, которое представляет собой постоянную угрозу</p>

	<p>жизни по Классификации американского общества анестезиологов (ASA) соответствует</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ASA IV 2) ASA I 3) ASA II 4) ASA III 5) ASA V
115.	<p>Согласно рекомендаций Американского общества анестезиологов предоперационное голодание (легкая еда) должно быть не менее</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 6 часов перед операцией 2) 24 часов перед операцией 3) 2 часов перед операцией 4) 12 часов перед операцией 5) 1 часа до операции
116.	<p>Общее абсолютное противопоказание для всех методов местной анестезии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) возможность применения общей анестезии 2) выраженная гипокоагуляция 3) отказ пациента от применения методики 4) гнойничковые поражения кожи на теле
117.	<p>Противопоказание для нейроаксиальных блокад</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Тромбоцитопения $<100 \cdot 10^9$ 2) Тромбоцитопения $<50 \cdot 10^9$ 3) Анемия <120 г/л 4) Анемия < 100 г/л
118.	<p>Гипоксемия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижение pCO_2 ниже 35 мм рт. ст. в артериальной крови 2) Снижение уровня лактата в крови 3) Снижение pO_2 ниже 80 мм рт. ст., SpO_2 ниже 95% в венозной крови 4) Снижение pO_2 ниже 80 мм рт.ст., SpO_2 ниже 95% в артериальной крови
119.	<p>Гиперкапния</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Повышение уровня pCO_2 в крови выше 45 мм рт. ст 2) Повышение уровня pCO_2 в венозной крови выше 45 мм рт. ст 3) Снижение уровня pCO_2 в артериальной крови ниже 45 мм рт. ст 4) Повышение уровня pO_2 в артериальной крови выше 45 мм рт.ст
120.	<p>Паренхиматозная ДН характеризуется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гипоксемией 2) гипокапнией 3) гипероксией 4) гиперкапнией
121.	<p>Гиповентиляционная ДН характеризуется</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперкапнией 2) гипероксией 3) гипоксемией 4) гипокапнией
122.	<p>Ацидоз - это состояние, характеризующееся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) уменьшением кислотности и уменьшением уровня pH крови менее 7,35 2) увеличением кислотности и уменьшением уровня pH крови более 7,35 3) увеличением кислотности и уменьшением уровня pH крови менее 7,35 4) уменьшением кислотности и уменьшением уровня pH крови менее 7,45
123.	<p>Норма pH крови составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 7,2 7,5 2) 7,35 7,45 3) 7,0 8,0 4) 7,3 7,4
124.	<p>Основные регуляторы водного обмена - это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Антидиуретический гормон / кортизол / Предсердный натрийуретический гормон 2) Адреналин / норадреналин / допамин

	<p>3) Антидиуретический гормон / Ренин-ангиотензин-альдостероновая система / Предсердный натрийуретический гормон</p> <p>4) Питьевой режим / диурез / гидробаланс</p>
125.	<p>Гипотоническая дегидратация – это</p> <p>1) Потеря внутрисосудистой жидкости</p> <p>2) Потери электролитов больше, чем потери воды</p> <p>3) Потеря больше воды, чем электролитов</p> <p>4) Потеря интерстициальной жидкости</p>
126.	<p>Гиперволемиа – это</p> <p>1) Повышенное содержание внутрисосудистой жидкости</p> <p>2) Повышенное содержание жидкости во всем организме</p> <p>3) Повышенное содержание внесосудистой жидкости</p> <p>4) Повышенное содержание электролитов в сосудистом русле</p>
127.	<p>Раствор глюкозы 5% – это вариант лечения</p> <p>1) Гипотонической дегидратации</p> <p>2) Изотонической дегидратации</p> <p>3) Гипертонической дегидратации</p> <p>4) Гипертонической гипергидратации</p>
128.	<p>Понтийный миелинолиз развивается при быстрой коррекции длительно существующей</p> <p>1) Длительно существующей гипертонической дегидратации</p> <p>2) Длительно существующей нормотонической дегидратации</p> <p>3) Длительно существующей гипотонической гипергидратации</p> <p>4) Длительно существующей гипотонической дегидратации</p>
129.	<p>Скорость восстановления электролитного состава зависит от</p> <p>Скорости и времени возникновения водного дисбаланса</p> <p>1) Умения врача восстанавливать электролитный дисбаланс</p> <p>2) Скорости и времени возникновения электролитного дисбаланса</p> <p>3) Уровня (концентрации электролитов) дисбаланса электролитов</p>
130.	<p>Основу патогенеза любого шокового состояния определяет</p> <p>1) нарушение перфузии органов</p> <p>2) гемическая гипоксия</p> <p>3) гипоксемия</p> <p>4) нарушение сократительной способности миокарда</p>
131.	<p>При шоковых состояниях сердечный выброс</p> <p>1) всегда норма</p> <p>2) всегда снижен</p> <p>3) снижен или повышен, или норма</p> <p>4) всегда повышен</p>
132.	<p>Для артериальной гипотензии верно то, что</p> <p>1) Обязательное условие постановки шокового состояния</p> <p>2) Гипоперфузия всегда следствие гипотензии</p> <p>3) Всегда сопровождает гипоперфузию</p> <p>4) Шоковое состояние может быть без гипотензии</p>
133.	<p>В основе патогенеза шокового состояния лежит</p> <p>1) Гипотензия</p> <p>2) Нарушение перфузии</p> <p>3) Улучшение перфузии</p> <p>4) Гипертензия</p>
134.	<p>Метаболический признак шокового состояния - это</p> <p>1) гипогликемия</p> <p>2) гиполактатемия</p> <p>3) гипергликемия</p> <p>4) гиперлактатемия</p>
135.	<p>Цель инфузионной нагрузки (болюс) при шоке состоит в</p> <p>1) увеличении общего периферического сопротивления</p> <p>2) быстрой стабилизации гемодинамики, микроциркуляции и транспорта кислорода при</p>

	резком снижении преднагрузки вследствие кровопотери и/или вазодилатации. 3) в быстрой коррекции метаболических и ионных нарушений 4) снижении венозного возврата
136.	Анафилактический шок -это 1) жизнеугрожающая системная реакция гиперчувствительности немедленного типа. 2) острая дыхательная недостаточность, развивающаяся при попадании аллергена в организм 3) острая недостаточность кровообращения в результате анафилаксии, проявляющаяся снижением систолического артериального давления (АД) ниже 90 мм рт. ст или на 30% от рабочего уровня и приводящая к гипоксии жизненно важных органов 4) любая аллергическая реакция при которой наблюдается снижение артериального давления
137.	Препарат первой линии для купирования анафилактического шока - это 1) Будесонид 2) Адреналин 3) Преднизолон 4) норадреналин
138.	При отсутствии эффекта от в/в болюсного введения адреналина при анафилактическом шоке 1) начинают в/в инфузию адреналина 2) начинают введение преднизолона 3) вводят атропин 4) начинают введение норадреналина
139.	Обязательным диагностическим критерием сепсиса является 1) наличие инфекции 2) гипотензия 3) органная дисфункция любой этиологии 4) лактаемия более 2 ммоль/л
140.	Уровень лактата в крови 1) Высокоспецифичен для течения сепсиса 2) Не имеет никакого отношения к сепсису 3) Имеет некую диагностическую и прогностическую ценность 4) Это лабораторный маркер снижения системного артериального давления
141.	Прокальцитонин 1) 100% лабораторный критерий сепсиса 2) Отображает тяжесть септического шока 3) Имеет абсолютную диагностическую ценность при сепсисе 4) Его повышение связано с наличием инфекционного процесса в организма
142.	Одним из наиболее эффективных вмешательств по снижению летальности пациентов с септическим шоком является 1) Оперативное вмешательство 2) Инфузионная терапия 3) Норадреналин 4) Антибактериальная терапия
143.	Препаратом выбора при септическом шоке является 1) Допамин 2) Норадреналин 3) адреналин 4) Добутамин
144.	Препарат второй линии при септическом шоке, особенно при нарушении сократительной способности миокарда 1) Адреналин 2) Норадреналин 3) Добутамин 4) Допамин
145.	Центральное перфузионное давление. В пределах диапазона 50-150 мм рт.ст. Сохраняется 1) Нейронная взаимосвязь 2) Ауторегуляция мозгового кровотока 3) Межполушарное взаимодействие

	4) Кровоток
146.	Для оценки уровня сознания применяются шкалы 1) Шкала Морзе, Гамильтона 2) комы Глазго, FOUR 3) Шкала Ватерлоу, Geneva 4) Шкала Апгар, SCORE
147.	Проведение системного тромболизиса при ишемическом инсульте показано в первые _____ часов {=4,5 ~8 ~6 ~12
148.	Вещество, которое, попав в организм в небольшом количестве, вступает в физико-химическое взаимодействие с органами и тканями, вызывает нарушение их структуры и функций — это 1) лекарство 2) противоядие 3) гомеопатия 4) яд
149.	Летальный синтез — это 1) красивое тривиальное название эффекта первого прохождения через печень ядовитых веществ 2) когда в процессе биотрансформации в организме метаболиты этих веществ оказываются более токсичными, чем сами вещества 3) когда два ядовитых вещества попадают в один организм одновременно и их взаимодействие внутри его приводит к летальному исходу 4) природный синтез смертельно-ядовитых веществ
150.	Антидот при отравлении препаратами опиоя 1) неосмекта 2) неостигмин 3) налоксон 4) атропин
151.	Антидот при отравлении спиртом метиловым 1) этиловый спирт 2) витамин С (аскорбиновая кислота) 3) метиленовый зеленый 4) нет антидота
152.	Нутритивная поддержка - это 1) зондовое дополнительное введение питательных смесей 2) полноценное питание пациента в стационаре 3) внутривенное дополнительное питание пациентов в критическом состоянии 4) Процесс обеспечения полноценного питания с помощью ряда методов, отличных от обычного приема пищи
153.	Потребность пациента ОРИТ в белке, определяемая эмпирически, составляет (г\кг\сутки) 1) 1-1,5 2) 1,2-1,5 3) 1,2-2,0 4) 1,5-2
154.	Значение дыхательного коэффициента (RQ) =1 отражает 1) Смешанный метаболизм углеводов и липидов 2) Преобладание липолиза 3) Преобладание окисления углеводов 4) Преобладание протеолиза
155.	Абсолютным противопоказанием к энтеральному питанию НЕ является 1) продолжающееся ЖКК 2) множественные перфорации тонкой кишки 3) острая кишечная непроходимость

	4) сепсис
156.	Раннее энтеральное зондовое питание начинают с 1) Энтеральной смеси типа Пептид 2) Глюкозо- солевых растворов 3) Энтеральной смеси типа Стадарт 4) Энтеральной смеси типа Файбер
157.	Энтеральное питание противопоказано при 1) Остром респираторном дистресс синдроме 2) Почечной недостаточности 3) Панкреатите 4) Гипертриглицеридемии
158.	В каком году в нашей стране «Анестезиология» была узаконена, как самостоятельная специальность?» 1) 1944 2) 1949 3) 1952 4) 1956 5) 1965
159.	Внебольничная пневмония диагностируется в случае развития заболевания 1) в терапевтическом отделении в первые 48 часов; 2) в условиях реанимационного отделения спустя 48 часов; 3) в хирургическом отделении спустя 4 суток; 4) вне стационара; 5) в больничных условиях спустя 72 часа.
160.	У лиц пожилого и старческого возраста на первый план в клинической картине пневмонии может выходить: 1) кровохарканье; 2) продуктивный кашель; 3) лихорадка; 4) анемия; 5) синдром интоксикации
161.	Наиболее вероятная причина болей в грудной клетке при пневмонии — это воспаление 1) бронхов; 2) миокарда; 3) легких; 4) трахеи; 5) плевры
162.	В зависимости от потока свежего газа выделяют низкочастотную анестезию с объемом 1) 0,5-1 л/мин; 2) 1-2 л/мин; 3) 3-6 л/мин; 4) 6-9 л/мин.
163.	Клапан APL в наркозно-дыхательном аппарате 1) ограничивает давление в контуре; 2) ограничивает дыхательный объем; 3) ограничивает минутную вентиляцию; 4) создает ПДКВ.
164.	Контроль концентрации ингаляционных анестетиков в интраоперационном периоде 1) нет необходимости контролировать; 2) определяет концентрацию ингаляционного анестетика на вдохе и на выдохе; 3) показывает расход анестетика в минуту; 4) показывает расход анестетика в час.
165.	В основе специфического иммунного ответа лежит 1) активация системы комплемента; 2) накопление IgE; 3) продукция антител;

	фагоцитоз.
166.	Длина трахеи в среднем составляет 1) 11-12 см; 2) 15-16 см; 3) 18-20см; 4) 7-8 см
167.	Правый главный бронх расположен к трахее под углом 1) 10°; 2) 25°; 3) 45°; 4) 65°.
168.	При автоматическом мониторинге во время анестезии контролируют 1) артериальное давление; 2) капнометрию, ЕТСО ₂ ; 3) концентрация мышечных релаксантов; 4) частоту сердечных сокращений.
169.	Принудительная контролируемая вентиляция (CMV) 1) гарантирует установленный ДО, он будет подаваться пациенту, пока не будет достигнут предел давления, 2) доставляет заданный дыхательный объем (ДО) /минутный объем с заданной частотой дыхания, независимо от изменений эластичности легких (compliance) ; 3) доставляет пациенту установленную ЧД; 4) обеспечивает постоянное давление во время всего вдоха.
170.	Синхронизированная перемежающаяся управляемая вентиляция (SIMV) характеризуется тем, что: 1) осуществляется ручная вентиляция, 2) пациент получает контролируемые дыхательные циклы с установленным ДО, синхронизировано с собственными дыхательными попытками; 3) устанавливается предел давления на вдохе и выше него давление во время вдоха не поднимается, 4) устанавливается предел давления на вдохе и на выдохе.
171.	С помощью мониторинга биспектрального индекса анестезиолог контролирует 1) нейровегетативную защиту; 2) уровень обезболивания; 3) уровень релаксации; 4) уровень угнетения сознания путем математического анализа ЭЭГ.
172.	К основным принципам проведения анестезии у беременной относятся: 1) Н ₂ гистаминоблокаторы противопоказаны для применения, 2) включение в премедикацию антацидных препаратов для профилактики аспирационного синдрома; 3) недопустимо включение в премедикацию метоклопрамида; 4) предпочтение отдается регионарным методам анестезии.
173.	К особенностям физиологических изменений системы дыхания у беременных относятся: 1) повышается вероятность трудных дыхательных путей; 2) повышается остаточная емкость легких; 3) повышение потребления кислорода; 4) увеличивается скорость десатурации при апноэ.
174.	Для болей в животе при остром инфаркте миокарда характерно: 1) диффузный характер; 2) иррадиация болей в проекции сердца или левое плечо; 3) локализация болей в эпигастральной области; 4) напряжение мышц передней брюшной стенки живота.
175.	Антиагрегантами являются 1) ацетилсалициловая кислота; 2) варфарин; 3) гепарин натрия;

	<ul style="list-style-type: none"> 4) дипиридамо́л; 5) клопи́догрел.
176.	<p>Антикоагулянтами являются</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) ацетилсалициловая кислота; 2) варфарин; 3) гепарин натрия; 4) далтепарин натрия; 5) клопи́догрел.
177.	<p>Сердечная недостаточность – это неспособность сердца обеспечить</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) кровоток, адекватный метаболическим потребностям организма; 2) нормальный газовый состав крови; 3) оптимальную величину системного артериального давления; 4) органы и ткани кислородом; 5) регулярный сердечный ритм.
178.	<p>Систолическая функция левого желудочка оценивается по величине</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) конечного диастолического объёма левого желудочка; 2) относительной недостаточности митрального клапана; 3) показателей трансмитрального кровотока; 4) систолической экскурсии кольца трёхстворчатого клапана; 5) фракции выброса.
179.	<p>Терапия инотропными препаратами быстрого действия (допамин, добутамин, левосимендан) требует мониторинга</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) АД; 2) АЧТВ; 3) ЧСС; 4) ЭКГ; 5) диуреза.
180.	<p>Фармакологическими эффектами β-адреноблокаторов являются</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) антиаритмический; 2) гипотензивный; 3) отрицательный хронотропный; 4) положительный дромотропный; 5) профилактика ремоделирования сердца.
181.	<p>Виды аритмии, при которых эффективны β-адреноблокаторы:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) при аритмиях, провоцируемых ишемией; 2) при аритмиях, провоцируемых стрессом; 3) при аритмиях, провоцируемых физической нагрузкой; 4) при брадиаритмиях.
182.	<p>Эффекты, оказываемые β-адреноблокаторами на сердце:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) замедление автоматизма; 2) замедление проводимости; 3) удлинение рефрактерных периодов; 4) укорочение рефрактерных периодов.
183.	<p>Эффекты Верапамила:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) снижает или не изменяет сердечный выброс; 2) увеличивает артериальное давление; 3) удлиняет АВ-проведение; 4) уменьшает ЧСС.
184.	<p>Эффекты Дигоксина:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) повышает тонус блуждающего нерва; 2) снижает тонус блуждающего нерва; 3) угнетает проведение и удлинение эффективного рефрактерного периода в атриовентрикулярном узле; 4) укорачивает рефрактерный период, умеренно угнетает проводимость в миокарде предсердий
185.	<p>Фармакологическими эффектами иАПФ являются</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) вазодилатация;

	<ul style="list-style-type: none"> 2) повышение выведения калия, 3) повышение системного артериального давления, 4) предотвращение ремоделирования сердца; 5) увеличение диуреза и натрийуреза.
186.	<p>Лекарственные взаимодействия лидокаина:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Амiodарон при взаимодействии с лидокаином потенцирует кардиодепрессию; 2) барбитураты, стимулируют деградиацию лидокаина и снижают его активность; 3) бета-адреноблокаторы при взаимодействии с лидокаином повышают вероятность развития брадикардии и гипотензии; 4) бета-адреноблокаторы при взаимодействии с лидокаином повышают вероятность развития гипертензии.
187.	<p>Показания к применению лидокаина:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) купирование желудочковых аритмий у больных с инфарктом миокарда; 2) купирование и профилактика брадикардии; 3) купирование и профилактика трепетания предсердий; 4) операции на сердце.
188.	<p>Побочные эффекты лидокаина:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) генерализованный эксфолиативный дерматит; 2) запоры; 3) нервозность; 4) угнетение или возбуждение ЦНС.
189.	<p>Аневризмы коронарных артерий ассоциированы со следующими патологическими состояниями:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) синдром Иценко-Кушинга; 2) синдром Кавасаки; 3) синдром Кона; 4) синдром Марфана; 5) синдром Такаясу; 6) синдром Эллерса-Данлоса.
190.	<p>К осложнениям аневризм коронарных артерий можно отнести:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) инфаркт миокарда; 2) перикардит; 3) разрыв аневризмы; 4) тромбоз в полости аневризматического расширения; 5) тромбоэмболию.
191.	<p>Методами, позволяющими определить объемные и функциональные параметры камер сердца, создать виртуальную реконструкцию сердца и его сосудов, являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) магнитно-резонансная томография; 2) позитронно-эмиссионная томография; 3) рентген-компьютерная томография; 4) электрофизиологическое исследование.
192.	<p>Наиболее достоверным методом инструментальной диагностики, позволяющим подтвердить аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочного ствола, является:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 12-ти канальная электрокардиография; 2) коронароангиография с контрастированием; 3) позитронно-эмиссионная томография; 4) рентгенография грудной клетки; 5) электрофизиологическое исследование; 6) эхокардиография.
193.	<p>Наиболее часто встречающейся в клинической практике аномалией коронарных артерий является:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) аневризма коронарной артерии; 2) аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочного ствола; 3) аномальное отхождение правой коронарной артерии от легочного ствола; 4) коронарная фистула в одну из камер сердца.
194.	<p>В каком случае реанимационные мероприятия не проводятся?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 1) у больных старше 90 лет; 2) у лиц, ведущих асоциальный образ жизни; 3) у новорожденных; 4) при наличии признаков биологической смерти.
195.	<p>Через какой срок после смерти наступает трупное окоченение?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 1-2 часа; 2) 3-5 часов; 3) через 2-4 часа после остановки кровообращения и достигает максимума к концу 1-х суток; 4) 5-6 минут; 5) 12-24 часа.
196.	<p>Противопоказаниями для проведения сердечно-легочной реанимации являются</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) старческий возраст; 2) алкоголизм, психические заболевания, =заведомо неизлечимые заболевания в последней стадии развития, =травмы, не совместимые с жизнью.
197.	<p>Стадии умирания:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) судороги, кома, смерть; 2) потеря сознания, агония, клиническая смерть; 3) преагония, агония, клиническая смерть.
198.	<p>Способ из трех действий, проводимых при сердечно-легочной реанимации, включающий в себя: восстановление проходимости дыхательных путей, запрокидывание головы, открытие рта и выдвижение нижней челюсти называется</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) диагностическая триада; 2) прием Геймлиха; 3) тройной прием Сафара.
199.	<p>Целевые значения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) на фоне терапии НФГ</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) удлинение в 1,5 раза в сравнении с исходным; 2) удлинение в 10 раз в сравнении с исходным; 3) удлинение в 2-3 раза в сравнении с исходным; 4) укорочение в 1,5 раза в сравнении с исходным; 5) укорочение в 2-3 раза в сравнении с исходным.
200.	<p>Остановка дыхания как конечная стадия угасания жизни характерна для</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) агонии; 2) биологической смерти; 3) клинической смерти; 4) предагонии.
201.	<p>Отсутствие сердечной деятельности более 5 минут является признаком такого терминального состояния как</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) агония; 2) биологическая смерть; 3) клиническая смерть; 4) предагония.
202.	<p>«Прямой взгляд» специалиста демонстрирует, прежде всего, его:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) агрессивность; 2) гендерную принадлежность; 3) искренность; 4) скромность; 5) уверенность.
203.	<p>Использование «прямого взгляда» в отношении агрессивного пациента приводит к следующему:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) агрессия пациента затухает; 2) агрессия пациента усиливается; 3) пациент чувствует вину; 4) уважение пациента к врачу падает; 5) уважение пациента к врачу растет.

204.	Активность ферментов поджелудочной железы в первые месяцы жизни ребенка 1) высокая, 2) низкая, 3) такая же, как и у взрослых.
205.	Анатомическое строение толстой кишки у детей приближается к таковому у взрослых к 1) 1,5-2 годам, 2) 2-3 годам, 3) 3-4 годам, 4) 5-6 годам.
206.	В расщеплении жиров у детей и взрослых участвуют следующие ферменты 1) амилазы, 2) липазы, 3) трипсиноген, 4) энтерокиназа.
207.	Длина толстой кишки в любом возрасте равна 1) $\frac{1}{2}$ длины тела; 2) длине тела; 3) удвоенной длине тела.
208.	Заселение кишечника новорожденного микрофлорой (фаза транзитного дисбактериоза) происходит в течение 1) 1-2 дней жизни; 2) 1-го месяца; 3) 1-ой недели; 4) 2-4 дней жизни.
209.	К основным местам всасывания составных частей пищи у детей первых месяцев жизни относятся 1) 12-перстная кишка; 2) все отделы тонкой кишки; 3) дистальные отделы тонкой кишки; 4) проксимальные отделы тонкой кишки; 5) слепая кишка.
210.	Кишечник новорожденного при рождении 1) содержит патогенную микрофлору; 2) содержит преимущественно бифидофлору; 3) содержит условно-патогенную флору; 4) стерилен.
211.	Мелена – это 1) алая кровь в каловых массах; 2) рвота «кофейной гущей»; 3) рвота с примесью крови; 4) черный гомогенный кал.
212.	Нарастание амилазной активности панкреатического сока и слюны у детей первого года жизни происходит 1) к концу 1-го года жизни; 2) после введения прикорма; 3) с 1-го месяца жизни.
213.	Анафилактический шок, помимо нарушений гемодинамики, может проявляться 1) кожной симптоматикой (крапивница и другие высыпания) ; 2) нарушениями дыхания, 3) нарушениями сознания, 4) почечной коликой, 5) симптоматикой со стороны ЖКТ (боли в животе, тошнота, рвота, диарея) .
214.	В какую анатомическую область проводится первоначальное – незамедлительное введение адреналина при развитии анафилактической реакции? 1) в дельтовидную мышцу; 2) в переднебоковую поверхность верхней трети бедра;

	<p>3) в околопупочную область живота;</p> <p>4) разрешено только внутривенное введение адреналина.</p>
215.	<p>У детей 0 – 2 месяцев тахипноэ считается частота дыхания</p> <p>1) Более 30;</p> <p>2) Более 40;</p> <p>3) Более 50;</p> <p>4) Более 60.</p>
216.	<p>У детей 1 – 12 месяцев тахипноэ считается частота дыхания</p> <p>1) Более 30;</p> <p>2) Более 40;</p> <p>3) Более 50;</p> <p>4) Более 60.</p>
217.	<p>У детей 1 – 5 лет тахипноэ считается частота дыхания</p> <p>1) Более 30;</p> <p>2) Более 40;</p> <p>3) Более 50;</p> <p>4) Более 60.</p>
218.	<p>У детей 1 – 5 лет тахипноэ считается частота дыхания</p> <p>1) Более 30;</p> <p>2) Более 40;</p> <p>3) Более 50;</p> <p>4) Более 60.</p>
219.	<p>Жаропонижающим препаратом первого выбора для больных детей, в том числе и COVID-19 является</p> <p>1) парацетамол;</p> <p>2) метамизол натрия;</p> <p>3) ацетилсалициловая кислота.</p>
220.	<p>Показания к проведению искусственной вентиляции легких у детей:</p> <p>1) увеличение ЧД более чем на 25% от возрастной нормы;</p> <p>2) признаки респираторного дистресса;</p> <p>3) SpO₂/FiO₂ <300 мм рт. ст.;</p> <p>4) pCO₂ > 60 мм рт. ст..</p>
221.	<p>Типичные побочные эффекты при терапии глюкокортикоидами</p> <p>1) артериальная гипертензия;</p> <p>2) гастрит или язвы желудка;</p> <p>3) остеопения/остеопороз;</p> <p>4) повышенная кровоточивость;</p> <p>5) потеря веса;</p> <p>6) прибавка в весе, кушингоидный фенотип.</p>
222.	<p>На фоне лечения глюкокортикоидами возможно изменение следующих лабораторных показателей</p> <p>1) гипергликемия;</p> <p>2) гиперлейкоцитоз, нейтрофилез;</p> <p>3) лейкопения, лимфопения;</p> <p>4) повышение мочевины и креатинина сыворотки.</p>
223.	<p>Если проанализировать публикации о страхе пациентов перед операцией и наркозом, то какое положение выводится на первое место?</p> <p>1) мнения ранее прооперированных пациентов;</p> <p>2) негативное суждение о клинике и врачах в СМИ;</p> <p>3) отсутствие должной информации об операции и наркозе;</p> <p>4) отсутствие финансовой возможности оплатить лечение;</p> <p>5) требования о жёстком соблюдении режима.</p>
224.	<p>Ятрогения и медицинская деонтология</p> <p>1) в основе ятрогении лежат нарушение нравственных норм, недостаточность знаний и халатность;</p> <p>2) около 30%, выявленных дефектов оказания медицинской помощи, связано с</p>

	<p>профессиональной работой анестезиологов-реаниматологов;</p> <p>3) ятрогению можно избежать, руководствуясь принципом «не навреди»;</p> <p>4) ятрогения – это вид психогенного расстройства и не более;</p> <p>5) ятрогенных осложнений, как предмета деонтологических обсуждений работы анестезиолога-реаниматолога не существует.</p>
225.	<p>К компонентам крови, используемым в трансфузиологии, относятся</p> <p>1) переносчики газов крови;</p> <p>2) донаторы резервной щелочности;</p> <p>3) переносчики микро- и макроэлементов;</p> <p>4) переносчики питательных веществ.</p>
226.	<p>К компонентам крови, используемым в трансфузиологии, относятся</p> <p>1) средства коррекции реологических свойств крови;</p> <p>2) средства коррекции нутритивного статуса;</p> <p>3) средства коррекции иммунитета;</p> <p>4) средства коррекции кислотно-основного состояния.</p>
227.	<p>К компонентам крови, используемым в трансфузиологии, относятся</p> <p>1) переносчики гаптенов;</p> <p>2) донаторы резервной щелочности;</p> <p>3) корректоры плазменно-коагуляционного гемостаза (свертывания крови) ;</p> <p>4) корректоры нутритивно статуса.</p>
228.	<p>К трансфузионным средам, составляющим группу корректоров плазменно-коагуляционного гемостаза, относятся</p> <p>1) эритроцитная масса;</p> <p>2) гидроксипроцеллюлоза;</p> <p>3) свежезамороженная плазма;</p> <p>4) альбумин человеческий.</p>
229.	<p>К трансфузионным средам, составляющим группу корректоров плазменно-коагуляционного гемостаза, относятся</p> <p>1) эритроцитная взвесь с удаленным лейкотромбоцитарным слоем;</p> <p>2) растворы желатина;</p> <p>3) тромбоцитарный концентрат;</p> <p>4) транексамовая кислота.</p>
230.	<p>К трансфузионным средам, составляющим группу корректоров плазменно-коагуляционного гемостаза, относятся</p> <p>1) сбалансированные полиионные кристаллоидные растворы;</p> <p>2) криопреципитат;</p> <p>3) антистафилококковая плазма;</p> <p>4) эритроцитная взвесь с удаленным лейкотромбоцитарным слоем.</p>
231.	<p>К трансфузионным средам, составляющим группу средств коррекции иммунитета, относятся</p> <p>1) эритроцитная взвесь;</p> <p>2) криопреципитат;</p> <p>3) гранулоциты (лейкоциты) ;</p> <p>4) гидроксипроцеллюлоза.</p>
232.	<p>При острой массивной кровопотери, показанием к началу трансфузии свежезамороженной плазмы (СЗП) , является</p> <p>1) объем кровопотери <750 мл;</p> <p>2) объем кровопотери 750-1500 мл;</p> <p>3) объем кровопотери 1500-2000 мл;</p> <p>4) объем кровопотери >2000 мл.</p>
233.	<p>При трансфузии свежезамороженной плазмы (СЗП) в объеме до 1000 мл, необходимо определение ее антигенной принадлежности</p> <p>1) по системам АВ0, Резус (Rh) , KELL;</p> <p>2) только по системе АВ0;</p> <p>3) только по системе Резус (Rh) ;</p> <p>4) по системам АВ0 и Резус (Rh) .</p>
234.	<p>Внутрикостный доступ у детей устанавливается в</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) большой вертел бедренной кости; 2) бугристость большеберцовой кости; 3) плечевую кость; 4) пяточную кость.
235.	<p>Максимально допустимая длительность внутрикостного доступа составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 24 часа; 2) 36 часов; 3) 48 часов; 4) 72 часа.
236.	<p>Максимально допустимый объем болюсной инфузии при внутрикостном доступе составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 10-15 мл/кг, но не более 750 мл; 2) 10-20 мл/кг, но не более 1000 мл; 3) 10-20 мл/кг, но не более 1500 мл; 4) 5-10 мл/кг, но не более 500 мл.
237.	<p>Основная цель премедикации в педиатрической практике</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышение слюноотделения и повышение вагусных реакций; 2) повышение слюноотделения и снижение вагусных реакций; 3) уменьшение слюноотделения и повышение вагусных реакций; 4) устранение побочных реакций препаратов анестезиологического обеспечения.
238.	<p>Главным компонентом термогенеза у детей является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мышечная дрожь; 2) несократительный термогенез; 3) произвольные сокращения; 4) сократительный термогенез.
239.	<p>Для детей до 1 года нормальные показатели ЧСС составляют</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 110-120 ЧСС/мин; 2) 120-140 ЧСС/мин; 3) 80-90 ЧСС/мин; 4) 90-100 ЧСС/мин.
240.	<p>Для детей от 2 до 6 лет среднее значение АД составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 100/60 мм рт. ст.; 2) 110/70 мм рт. ст.; 3) 120/80 мм рт. ст.; 4) 95/55 мм рт. ст.
241.	<p>Для новорожденных детей нормальные значения ЧД составляют</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 25-29 ЧД/мин; 2) 30-35 ЧД/мин; 3) 36-40 ЧД/мин; 4) 40-44 ЧД/мин.
242.	<p>Для проведения базовой интраоперационной терапии применяются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) декстраны и крахмалы; 2) растворы альбумина; 3) сбалансированные коллоидные растворы; 4) сбалансированные кристаллоидные растворы.
243.	<p>Жидкие лекарственные препараты (в том числе в виде сиропов) исключаются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) за 2 часа до общей анестезии; 2) за 4 часа до общей анестезии; 3) за 6 часов до общей анестезии; 4) за 8 часов до общей анестезии.
244.	<p>Прием твердой пищи для детей от 1 года до 18 лет исключается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) за 4 часов до общей анестезии; 2) за 6 часов до общей анестезии; 3) за 8 часов до общей анестезии.
245.	<p>Компонентами инфузионной терапии являются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) восполнение дефицита жидкости и антибиотикотерапия; 2) дегидратация, базовая и заместительная терапия;

	<p>3) поддерживающая, заместительная, гормональная терапия, 4) регидратация, базовая и заместительная терапия.</p>
246.	<p>Мониторинг состояния пациента в интраоперационный период проводится на основе</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) американского стандарта мониторинга; 2) гарвардского стандарта мониторинга; 3) йельского стандарта мониторинга; 4) критериев Дьюка.
247.	<p>Объем циркулирующей крови у ребенка от 1 месяца до 1 года составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 65-70 мл/кг; 2) 70-75 мл/кг; 3) 75-80 мл/кг; 4) 80-90 мл/кг.
248.	<p>Цель инфузионной терапии в интраоперационном периоде включает в себя</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обеспечение гиперперфузии тканей вследствие операционной дегидратации; 2) поддержание волемического, электролитного и кислотно-основного статуса; 3) поддержание нормогликемии; 4) поддержание онкотического и осмотического давления крови.
249.	<p>Показанием организации центрального венозного доступа является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инфузия анальгетических препаратов; 2) инфузия антибактериальных препаратов; 3) инфузия вазоактивных препаратов и гипертонических растворов; 4) инфузия гипотонических растворов.
250.	<p>Целью катетеризации периферической артерии является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) введение вазоактивных препаратов; 2) забор крови на общий анализ крови; 3) измерение инвазивного (прямого) артериального давления; 4) проведение инфузионной терапии.
251.	<p>При абдоминальных операциях величина текущих интраоперационных потерь составляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1-2 мл/кг/час; 2) 3-5 мл/кг/час; 3) 4-7 мл/кг/час; 4) 6-10 мл/кг/час.
252.	<p>При наличии в анамнезе у ребенка заболеваний ЦНС, судорог необходимо отказаться от использования в составе анестезиологического пособия</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кетамина; 2) пропофола; 3) севофлурана; 4) фентанила.
253.	<p>К клиническим признакам неполной обструкции дыхательных путей инородным телом относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) громкий кашель; 2) тихий или беззвучный кашель; 3) угнетение сознания.
254.	<p>К клиническим признакам полной обструкции дыхательных путей инородным телом относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) возможность вдохнуть перед тем, как начать кашлять; 2) громкий кашель; 3) ответы на вопросы словами или плачем; 4) тихий или беззвучный кашель.
255.	<p>К клиническим признакам полной обструкции дыхательных путей инородным телом относится</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) возможность вдохнуть перед тем, как начать кашлять; 2) громкий кашель; 3) невозможность издавать звуки; 4) полностью сохранная контактность.
256.	<p>Какой маневр может быть использован для удаления инородного тела у детей первого года жизни?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) маневр «похлопывания по спине» в положении ребенка лицом вниз на предплечье;

	<ul style="list-style-type: none"> 2) маневр Вальсальвы; 3) маневр Селика; 4) прием Хеймпиша.
257.	<p>Криотиреотомно разрешено проводить у детей в возрасте</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) любого возраста; 2) старше 10 лет; 3) старше 5 лет; 4) старше 8 лет.
258.	<p>Острый обструктивный ларингит (круп) – это</p> <p>=воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани;</p> <ul style="list-style-type: none"> 2) заболевание, протекающее с эпизодами затрудненного дыхания, одышки и кашля вследствие обратимой бронхиальной обструкции; 3) локализованный транзиторный остро возникающий, склонный к рецидивированию отек кожи или слизистых оболочек; 4) остро возникшее бактериальное воспаление надгортанника и окружающих тканей.
259.	<p>Острый обструктивный ларингит (круп) наиболее часто встречается в возрастной группе 1) до 6-и месяцев;</p> <ul style="list-style-type: none"> 2) от 3-х до 6-и лет; 3) от 6-и месяцев до 3-х лет; 4) старше 6-и лет
260.	<p>Препаратами первой линии для лечения острого обструктивного ларингита являются</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) антибиотики; 2) антигистаминные препараты; 3) антихолинергические препараты; 4) глюкокортикоиды.
261.	<p>Стридор — это</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) грубое свистящее дыхание, вызванное турбулентным воздушным потоком при прохождении через суженный участок дыхательных путей; 2) жизнеугрожающая системная реакция гиперчувствительности; 3) нарушение проходимости дыхательных путей вследствие пролапса надгортанника.
262.	<p>Биохимической основой катаболического синдрома является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Гликолиз 2) Липолиз 3) Цикл трикарбоновых кислот 4) Глюконеогенез 5) Липогенез
263.	<p>Наиболее точным маркером адекватной белковой нагрузки является:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Рост уровня С-реактивного белка 2) Рост общего белка 3) Рост альбумина 4) Рост трансферина 5) Рост триглицеридов
264.	<p>Индекс массы тела более 40 говорит о:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Истощении 2) Нормальной массе тела 3) Избыточной массе тела 4) Ожирении 5) Морбидном ожирении
265.	<p>Наиболее частая причина развития госпитального истощения</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Гипоалиментация 2) Анорексия 3) Гиперметаболизм 4) Нервная анорексия 5) Мальабсорбция
266.	<p>Для скрининга нутритивного статуса у пациентов многопрофильного стационара наибольшей информационной ценностью обладает шкала:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) SOFA 2) MNA 3) LOD 4) APACHE-II 5) NRS 2002
267.	<p>Снижение сывороточных уровней холестерина ниже 4 ммоль\л свидетельствует о:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) БЭН 1 степени 2) БЭН 2 степени 3) БЭН 3 степени 4) Кахексии 5) Холестерин не является маркером БЭН
268.	<p>Начальная скорость энтерального зондового питания</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 25-50 мл в час 2) 35-45 3) 100-150 4) 200 5) 75-100
269.	<p>При развитии антибиотик-ассоциированной диарея диетой выбора является смесь типа Стандарт</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Диабет 2) Файбер 3) Гела 4) Иммун 5) Пептид
270.	<p>Для периферического введения может применяться раствор аминокислот с концентрацией</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 10% 2) 15% 3) 20% 4) 4% 5) 5%
271.	<p>Скорость введения 10% аминокислот у взрослого пациента не должна превышать</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 50 мл в час 2) 10 3) 100 4) 150 5) 200
272.	<p>Микроэлементы необходимо добавлять в парентеральное питание при его длительности более</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3 суток 2) 7 суток 3) 14 суток 4) 30 суток 5) 60 суток
273.	<p>Энергообеспечение пациента с ОРДС не должно превышать, ккал\кг\сутки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 35 2) 40 3) 50 4) 25 5) 30
274.	<p>В программе нутритивной поддержки пациентов с ХОБЛ нужно контролировать суточную дозировку</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Углеводов 2) Белков 3) Витаминов 4) Калия 5) Селена
275.	<p>При тяжелых ожогах потребность в белке может превышать, г\кг\сутки</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1) 3 2) 2,5 3) 4 4) 1,5 5) 2
276.	<p>Для начала раннего энтерального питания средой выбора является диета типа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Файбер 2) Стандарт 3) Пептид 4) Иммун 5) Гепат
277.	<p>Энтеральное питание нельзя вводить в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Назогастральный зонд 2) Гастростому 3) Колостому 4) Назоюнональный зонд 5) Энтеростому
278.	<p>Энтеральные диеты типа Файбер показаны при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Дисбактериозе 2) Болезни Крона 3) Синдроме короткой кишки 4) Кишечной непроходимости 5) Длительности зондового питания более 7 суток
279.	<p>Для подтверждения синдрома мальабсорбции необходимо оценить результаты</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Общего анализа крови 2) Общего анализа мочи 3) Копрограммы 4) Уровня С реактивного белка 5) Уровня ионизированного кальция
280.	<p>Энтеральное питание вызывает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Усиление моторики желудка 2) Увеличение мезентериального кровотока 3) Спазм сфинктера Одди 4) Холестаз 5) Усиление моторики толстой кишки
281.	<p>Всасывание белков происходит в</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Желудке 2) Сигмовидной кишке 3) Тощей кишке 4) Прямой кишке 5) Толстой кишке
282.	<p>Раннее начало энтерального питания проводят в сроки</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Первые 72 часа после поступления 2) Первые 3-5 суток после операции 3) Первые 24 часа после операции 4) Первые 48 часов после операции 5) Первые 2 часа после операции
283.	<p>Раннее энтеральное питание можно проводить при</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Кишечной непроходимости 2) Отеке легких 3) Профузном ЖКТ кровотечении 4) Перфоративной язве желудка 5) Кома
284.	<p>При плановой резекции желудка энтеральное питание можно начинать через</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 6 часов после операции 2) 24 часа

	<ul style="list-style-type: none"> 3) 12 часов 4) 3-5 суток 5) 7 суток
285.	<p>Методом выбора при разлитом перитоните с септическим шоком является</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Полное парентеральное питание 2) Голодание 3 суток 3) Частичное парентеральное питание 4) Раннее энтеральное питание 5) Минимальное энтеральное питание
286.	<p>Раннее энтеральное питание при панкреонекрозе проводят в</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Назогастральный зонд 2) Еюностому 3) Гастростому 4) Назоеюнальный зонд 5) Через рот
287.	<p>Эмпирически потребность пациента ОРИТ с инсультом в энергии составляет, ккал\кг\сутки</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 25 2) 20 3) 30 4) 50 5) 15
288.	<p>Какой тип масла является основным для жировых эмульсий всех трех поколений:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Хлопковое 2) Оливковое 3) Соевое 4) Рыбий жир 5) Сафлоровое
289.	<p>Безопасная скорость внутривенного введения жировой эмульсии у взрослого пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 150 мл\час 2) 200 мл\час 3) 450 мл\час 4) 100 мл\час 5) 400 мл\час
290.	<p>При быстрой инфузии жировой эмульсии развивается</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Кома 2) Эмболия 3) Гиперосмолярный синдром 4) Рвота 5) Коронарный спазм
291.	<p>При травматическом шоке без черепно-мозговой травмы препаратом выбора для индукции анестезии является:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Кетамин 2) Фентанил 3) Пропофол 4) Мидазолам
292.	<p>Тромболитическая терапия при ОИМ проводится в первые 6 часов при:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Подъеме сегмента ST 2) Отеке легких 3) Выраженном болевом синдроме 4) Желудочковых нарушениях ритма
293.	<p>При травматическом повреждении спинного мозга целевой уровень систолического АД составляет ___ мм рт ст:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 85-90 2) 100-110 3) 70-80 4) 120-130

294.	Мозговой кровоток и потребление кислорода мозгом повышаются при применении: 1) Кетамина 2) Тиопентала Натрия 3) Пропофола 4) Морфина
295.	Нормальные показатели внутричерепного давления (ВЧД) составляют: 1) 7-15 мм рт ст 2) 15-20 мм рт ст 3) 20-30 мм рт ст 4) 70-80 мм рт ст
296.	Галогенсодержащие ингаляционные анестетики вызывают: 1) Увеличение мозгового кровотока 2) Уменьшение мозгового кровотока 3) Увеличение артериального давления 4) Уменьшение внутричерепного давления
297.	Для сопора характерно: 1) Открывание глаз на болевой раздражитель 2) Открывание глаз по просьбе 3) Отсутствие открывания глаз на болевой раздражитель 4) Открывание глаз на звуковой раздражитель
298.	Значение биспектрального индекса (BIS) , соответствующее хирургической стадии наркоза: 1) 40-50 2) 50-60 3) 60-70 4) 90-100
299.	Смысл термина «Искусственная вентиляция легких»: 1) полностью механическая вентиляция 2) вариант вспомогательной вентиляции 3) механическая поддержка по объему 4) механическая поддержка по давлению
300.	Смысл термина «жесткая вентиляция»: 1) высокое ПДКВ 2) высокое ПДКВ + высокая FiO2 3) отрицательное давление в конце выдоха 4) высокое ПДКВ + инверсия времени вдоха/выдоха

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2; УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2. ПК-3, ПК-4, ПК-5

Задача № 1.

Мужчина в возрасте 31 года доставлен бригадой СМП в шоковый зал больницы после ДТП. Пострадавший — пассажир автомобиля, во время ДТП не был пристегнут ремнем безопасности. Во время транспортировки выполнена инфузия 3000 мл 0,9%-ного раствора NaCl. Проводилась инсуффляция увлажненного O₂ через носовые канюли, поток — 5 л/мин. Пациент возбужден, отмечаются беспорядочные движения конечностей. АД — 85/55 мм рт. ст., ЧСС — 120 ударов в минуту, ЧДД — 30 в минуту. Зрачки симметричны, реакция на свет сохранена. Вены шеи спавшиеся, определяется незначительное смещение трахеи вправо. Над правой половиной грудной клетки дыхательные шумы не выслушиваются, при перкуссии определяется тупой звук.

Вопросы:

1. Какой из нижеперечисленных диагнозов наиболее вероятен?

- А. Напряженный пневмоторакс
- Б. Ушиб легкого

В. Ателектаз
Г. Гемоторакс

Д. Разрыв диафрагмы

2. Основные причины, определяющие тяжесть состояния.

3. Дифференциальная диагностика между гемотораксом и пневмотораксом.

Задача № 2.

Женщина, 40 лет, поступила в стационар после ДТП в тяжелом состоянии, находится без сознания. Визуально при осмотре травмы и повреждения отсутствуют. АД-60/20 мм рт. ст., гематокрит 20%, гемоглобин -50 г/л, пульс нитевидный. Проведение активной инфузионной терапии без эффекта. При аускультации выслушивается резко ослабленное дыхание справа. Спустя 2 минуты наступила клиническая смерть.

Вопросы:

- 1) причина возникшего состояния;
- 2) назовите мероприятия первоочередной важности;
- 3) какие дополнительные методы исследования необходимо провести;
- 4) назовите весь комплекс лечебных мероприятий;
- 5) методы дальнейшего наблюдения за больной.

Задача № 3.

Больной, мужчина, 45 лет, находится в отделении с диагнозом «двухсторонняя пневмония». С лечебной целью введен антибиотик пенициллинового ряда в/в. Спустя 5 мин у больной пожаловался на резкую слабость, холодный липкий пот, головокружение. Объективно: АД – 40/0 мм рт. ст., пульс нитевидный, ЧСС – 145 в мин., сознание спутанное.

Вопросы:

- 1) определите причину возникшего состояния;
- 2) какие клинические синдромы имеются у данного больного;
- 3) назовите мероприятия первоочередной важности;
- 4) назовите остальные меры интенсивной терапии;
- 5) назовите возможные осложнения.

Задача № 4.

Женщина, 56 лет, доставлена в отделение реанимации скорой помощью с астматическим статусом. Объективно при поступлении: в сознании, состояние тяжелое, стридорозное дыхание, выраженная одышка. Цианоз не отмечается. ЧД 31 в 1 мин. При аускультации по всем легочным полям отмечается резко ослабленное дыхание. ЧСС - 124 в мин., АД 160/100 мм рт. ст. Бронхиальная астма в течение 10 лет в анамнезе. При экстренном анализе КЩС и газов крови: рН - 7,27, РаСО₂ - 60 мм рт. ст., РаО₂ - 50 мм рт. ст.

Вопросы:

- 1) назовите причину, которой обусловлено тяжелое состояние больной;
- 2) определите вид нарушения газового состава крови;
- 3) определите вид нарушения КЩС;
- 4) определите вид дыхательной недостаточности;
- 5) определите тактику лечебных мероприятий.

Задача № 5.

Больной, 30 лет, поступил в отделение реанимации с изолированной ЧМТ после проведенного оперативного вмешательства по удалению субдуральной гематомы (120 мл). На момент поступления находился в крайне тяжелом состоянии: кома 3, на продленной ИВЛ в режиме нормовентиляции, отмечалась артериальная гипотония, диурез составлял 30 мл/час. По результатам контроля эффективности ИВЛ определялась гипоксемия (РаО₂ -70 мм рт. ст.). Больной получал лазикс 60 мг с целью стимуляции диуреза и лечения отека

головного мозга, также получал инфузионную терапию 2 л/сутки. На вторые сутки после поступления кома углубилась до 4 ст., а диурез снизился до 10 мл/час. Отмечается тахикардия 130 уд/мин, артериальная гипотония.

Вопросы:

- 1) что в данном случае является основным патогенетическим фактором, поддерживающим отек головного мозга;
- 2) назовите методы обследования, необходимые для диагностики отека мозга; 3) назовите причины развития гипоксемии;
- 4) назовите ошибку, допущенную при лечении ЧМТ;
- 5) назовите лечебные мероприятия, которые при поступлении больного в реанимацию необходимо провести в первую очередь.

Задача № 6

Мужчина 36 лет во время ремонта электрического прибора получил электротравму. Пострадавший без сознания, лежит на полу. Кожные покровы бледные, на правой ладони и левом предплечье следы ожога диаметром 2 и 5 см. соответственно. Волосистой покров над ожогом сохранен. Пульс на а. Carotis не определяется. Экскурсий грудной клетки нет. Оба зрачка широкие, диаметром 5 мм, при поднимании верхнего века не сужаются. На ЭКГ регистрируются нерегулярные волны и отсутствуют нормальные зубцы.

Вопросы:

1. Оцените состояние пострадавшего. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.

Задача № 7

Пострадавший извлечен из воды городского пруда. Сознание отсутствует, на болевые раздражители не реагирует. Лицо фиолетово-синее, кожные покровы и видимые слизистые цианотичные. Пульс на а. Carotis не определяется, на а. Radialis – отсутствует. Редкие судорожные дыхательные движения. Зрачки широкие диаметром 6 мм, фото-реакция отсутствует. На ЭКГ регистрируется изолиния.

Вопросы:

1. Оцените состояние пострадавшего.
 2. Тип утопления, в чем его особенности.
 3. Механизм развития отека легких при утоплении в пресной воде.
- Ваши действия по оказанию неотложной помощи на месте происшествия.

Задача № 8.

Женщина 67 лет обнаружена родственниками дома без сознания. Лежит на полу на спине. Лицо и видимые слизистые цианотичные. На вопросы больная не отвечает, глаза не открывает, на уколы не реагирует. Пульс на а. Carotis пальпируется, на а. Radialis – слабого наполнения, нитевидный 54 в 1 мин. Зрачки диаметром 3 мм, при поднимании верхнего века зрачок медленно сужается. Артериальное давление 60 и 40 мм рт.ст. Дыхание редкое, поверхностное, вдох затруднен, ЧДД 8 в 1 мин. При аускультации в нижних отделах дыхательные шумы резко ослаблены. На столе обнаружено несколько пустых упаковок от различных лекарственных препаратов.

Вопросы:

1. Оцените степень тяжесть состояния больной. Ваш предварительный диагноз?
2. В чем должна заключаться неотложная помощь. Какие мероприятия должны быть проведены бригадой скорой помощи и в стационаре?

Задача № 9

В автомобильной аварии водитель получил травму. На вопросы отвечает односложно, жалуется на боль в груди, чувство нехватки воздуха. Кожные покровы бледные с синюшным

оттенком, на груди и шее при пальпации определяется крепитация. Дыхание поверхностное, ЧДД 36 в мин. При аускультации: слева дыхательные шумы проводятся во все отделы, справа - резко ослаблены. АД 90 /70 мм рт. ст., тахикардия с ЧСС 130 в мин. SaO₂ - 82%. Состояние больного быстро ухудшается.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз? С какой патологией следует дифференцировать?
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем будет заключаться неотложная помощь. Какие мероприятия должны быть проведены в стационаре?

Задача № 10

В терапевтическом отделении больной 35 лет внезапно потерял сознание, возникли тонико-клонические судороги. Лицо синюшное, одутловатое, на губах белая пена. Дыхание шумное, периодически наблюдается задержка дыхательных движений. Пульс на а. carotis определяется, на а. radialis напряженный, 120 уд. в 1 минуту.

Через 3 минуты судороги прекратились, больной по команде открыл глаза, назвал свое имя, однако на вопросы отвечает односложно, быстро истощается. АД – 160/120 мм рт. ст., пульс 90 в 1 мин., ЧДД 22 в 1 мин.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? В чем причина потери сознания и судорог?
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем будет заключаться неотложная помощь?

Задача № 11

Больной 37 лет поступил в клинику по поводу левосторонней очаговой пневмонии. Назначена антибактериальная терапия антибиотиками цефалоспоринового ряда. Через 15 минут после повторного внутримышечного введения антибиотика больной пожаловался на головную боль, тошноту. Находится в палате терапевтического отделения. В сознании, на вопросы отвечает односложно. Кожные покровы гиперемированы, видимые слизистые цианотичны. Экспираторная одышка 38 дыхания в мин., свистящие хрипы, слышимые на расстоянии. АД – 70/30 мм рт.ст., пульс слабого наполнения 98 в минуту. Аускультативно в легких свистящие хрипы над всей поверхностью обеих легких.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем будет заключаться неотложная помощь, какой препарат должен быть введен в первую очередь?

Задача № 12

Больной переведен в палату интенсивной терапии из операционной, где ему проводилась операция по поводу травматического разрыва селезенки, осложнившейся массивной кровопотерей. Возраст 42 года, масса тела 75 кг. Во время операции инфузия составила 6500 мл, из которых 2100 мл – эритроцитарная масса. В сознании, жалуется на головную боль, слабость, парестезии, онемение конечностей, мышечные подергивания, АД 90 и 60 мм рт.ст., пульс 48 в 1 мин, аритмичен; ЭКГ- ритм синусовый с расширенными комплексами QRS, высоким и заостренным зубцом Т; ЦВД = 8 см вод.ст. Диурез составил 60 мл за 2 часа.

В анализе крови: Эр – $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 100 г/л, Ht = 0,38; общий белок = 60 г/л, альбумины = 25 г/л, глобулины = 35 г/л. глюкоза крови – 5.4 ммоль/л; концентрация Na⁺ = 142 ммоль/л; K⁺ = 7,5 ммоль/л; Cl⁻ = 104 ммоль/л. Концентрация креатинина в плазме 0,6 ммоль/л.

В анализе мочи: у.в.=1004, реакция слабо кислая, определяются гиалиновые и гемоглобиновые цилиндры, концентрация креатинина = 0,4 ммоль/л

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз, в чем причина брадикардии и аритмии?
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем заключается неотложная помощь и лечение данной патологии?

Задача № 13

Больной 25 лет, находится в палате терапевтического отделения. Поступил с диагнозом: сахарный диабет, 1 тип, тяжелая форма. Лежит на кровати с закрытыми глазами. Правильного телосложения, повышенного питания, масса тела 95 кг. На вопросы не отвечает, глаза не открывает. При сильном давлении на ногтевое ложе появляется недовольная гримаса. Кожные покровы бледные, сухие, акроцианоз. Пульс ритмичный 110 в 1 мин., АД – 80/60 мм рт.ст. Дыхание шумное, типа Куссмауля, ЧДД 28 в 1 мин. В течение суток выделено 250 мл мочи.

Анализ крови: Эр – $3,7 \cdot 10^{12}/л$; Hb-150 г/л; Ht – 0,6; глюкоза крови – 17,5 ммоль/л; билирубин общий – 12,3 ммоль/л; Na⁺ – 155 ммоль/л; K⁺ – 6,5 ммоль/л; PaO₂ - 85 мм рт. ст.; PaCO₂ – 26 мм рт.ст.; pH артериальной крови – 7, 25; BE – (-16 ммоль/л).

Анализ мочи: у.в.=1020, реакция – кислая, единичные гиалиновые цилиндры.

Вопросы:

1. Определите вид нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния.
2. Какие ведущие синдромы можно выделить для постановки клинического диагноза
3. Как корректировать имеющиеся нарушения гомеостаза.

Задача № 14

Больной 36 лет поступил в стационар с диагнозом: язвенная болезнь желудка, осложненная стенозом привратника. Состояние средней степени тяжести. В сознании, жалобы на слабость, частую рвоту, жажду. Масса тела 55 кг, рост 173 см. Кожные покровы бледные, сухие. ЧДД – 14 в мин. АД – 90 и 70 мм рт.ст.; пульс слабого наполнения 96 в мин. ЦВД = 1 см вод.ст. Температура тела – 36,8 о С.

В течение суток диурез составил 900 мл. По желудочному зонду в течение суток выделилось 1000 мл.;

Анализ крови: Эр – $4,8 \cdot 10^{12}/л$; Hb-155 г/л; Ht = 0,55; электролиты: Na⁺ = 135 ммоль/л; K⁺ = 3,15 ммоль/л; Cl⁻ = 85 ммоль/л; общий белок = 65 г/л, альбумины = 30 г/л, глобулины= 35 г/л. глюкоза крови – 4.4 ммоль/л; мочевины – 8,4 ммоль/л; pH артериальной крови – 7, 55; BE = +8,0 ммоль/л; PaO₂ = 86 мм рт. ст.; PaCO₂ = 50 мм рт.ст.;

Анализ мочи: у.в. 1012, реакция мочи щелочная.

Вопросы:

1. Оцените газовый состав и кислотно-основное состояние крови.
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. Как корректировать имеющиеся нарушения гомеостаза.

Задача № 15

Мужчина 45 лет получил травму в автомобильной аварии. В сознании, на вопросы отвечает односложно с длительными паузами, жалуется на боль в ноге. Кожные покровы бледные, перелом обеих голеней. На правой голени рваная рана, из которой вытекает алая кровь. Пульс на а. Radialis нитевидный. ЧСС 125 в мин., АД 70/30 мм.рт.ст. Дыхание поверхностное 30 в мин., аускультативно проводится во все отдела, везикулярное, ослабленное.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Оцените тяжесть состояния больного.
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем будет заключаться неотложная помощь?

Задача № 16.

Мужчина в возрасте 65 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на затруднение дыхания, повышение температуры тела и кашель с мокротой в течение двух дней. Пациент длительное время страдает хронической обструктивной болезнью легких. По данным рентгенографии грудной клетки в прямой проекции определяется инфильтрация в проекции нижней доли правого легкого. В момент осмотра в приемном отделении АД — 120/76 мм рт. ст., ЧСС — 110 ударов в минуту, ЧДД — 26 в минуту. В течение нескольких часов состояние ухудшилось, что потребовало перевода в отделение реанимации, проведения инвазивной ИВЛ, катетеризации центральной вены. Была выполнена катетеризация правой подключичной вены. Интенсивная терапия продолжена. После выполнения катетеризации отмечено резкое ухудшение состояния пациента: АД — 80/50 мм рт. ст., ЧСС — 130 ударов в минуту. При аускультации слева — аппаратное дыхание, дыхательные шумы справа не выслушиваются. Определяется набухание вен шеи.

Вопросы:

1. Чем обусловлено ухудшение состояния пациента после перевода в реанимационное отделение?
2. Какое из нижеперечисленных действий является наиболее предпочтительным?
 - А. Рентгенография грудной клетки
 - Б. Анализ КЩС артериальной крови
 - В. Пункция плевральной полости
 - Г. Инфузионная терапия и вазопрессорная поддержка

Задача № 17

Задача 15 Женщина в возрасте 42 лет доставлена бригадой СМП в шоковый зал больницы после ДТП. В момент осмотра пациентка без сознания, зрачки симметричны, реакция на свет сохранена. Дыхание самостоятельное, ЧДД — 22 в минуту, АД — 15 70/20 мм рт. ст., ЧСС — 110 ударов в минуту. При проведении аускультации легких: дыхание жесткое с обеих сторон. Шейные вены спавшиеся. Пациентка не реагирует на речь, реагирует на болевое раздражение на конечностях. Живот увеличен в объеме, на коже живота множественные кровоизлияния, кишечные шумы не выслушиваются. Выполнена интубация трахеи, инфузия 2000 мл раствора Рингера. При повторном измерении АД — 80/30 мм рт. ст., ЧСС — 118 ударов в минуту.

Вопросы:

1. Поражением каких органов может быть обусловлена тяжесть состояния пациента
2. Первоочередные методы неотложной помощи?
3. Какое из нижеперечисленных действий является наиболее предпочтительно с целью?
 - А. Рентгенография живот
 - Б. МСКТ головы
 - В. Рентгенография грудной клетки
 - Г. Рентгенография позвоночника
 - Д. Лапаротомия

Задача № 18

Во время игры в футбол во дворе мяч попал в открытый проём трансформаторной будки. Подросток 12 лет вошел за мячиком и стал его искать внутри электроустановки. Внезапно ребенок упал и перестал откликаться на своё имя. Оставшиеся подростки подбежали и увидели, что мальчик лежит, потеряв сознание. Его руки судорожно сокращаются и виден провод, зажатый в кулаке. Периодически отмечался подъем грудной клетки.

Вопросы:

1. Назовите полный диагноз.
2. Определите и обоснуйте тяжесть электротравмы.
3. Что следует предпринять и в какой последовательности?

4. Какой вид электрической петли образовался у пострадавшего при поражении электрическим током?
5. Чем данный вид электрической петли опасен для здоровья?
6. Что наиболее часто является причиной смерти при поражении током?

Задача № 19

Больная 14 лет в течение 6 ч находилась в развалинах дома с придавленной правой нижней конечностью бетонным перекрытием потолка. Освобождена из-под завала. Вызвана бригада «скорой помощи». Жалобы на слабость, вялость, боли в правой нижней конечности. Status presents: При осмотре в приёмном покое кожные покровы нижней конечности со следами ссадин, цианотичные, отечность конечности умеренная, симптом «бледного» пятна >5 секунд. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 102 уд./мин, дыхание 26 в мин, температура тела 37 °С. Движения в пораженной конечности резко ограничены и болезненные, чувствительность значительно снижена. Появились боли в поясничной области.

Вопросы:

1. Назовите диагноз. Дать определение данной патологии.
2. Какие методы обследования необходимо выполнить?
3. Чем обусловлены боли в пояснице?
4. Оцените степень тяжести сдавления и период заболевания.
5. Лечение на до-/госпитальном этапе

Задача № 20

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской хирургической больницы доставлен мальчик 12 лет с жалобами на боли в животе, многократную рвоту, гипертермию до 39 °С.

Из анамнеза жизни: Наследственность не отягощена. Привит по возрасту. Контакт с инфекционными больными отрицают. Перенёс: ОРЗ 5 раз, сотрясение головного мозга 3 года назад, ветряная оспа в 1,5 г.

Из анамнеза заболевания: боли в животе появились 2 дня назад, за медицинской помощью не обращались, мама давала ребёнку нурофен, боли после приёма препарата стихали, потом возникали вновь, к концу первых суток болезни поднялась температура тела до 38 °С. Мама начала давать ребёнку супракс и вызвала педиатра. Педиатр предположила начинающееся ОРЗ, назначила продолжить начатую терапию с добавлением анаферона и вызовом бригады СМП при ухудшении состояния. За 4 ч до вызова бригады СМП мальчик почувствовал улучшение: боли в животе стихли, но через 20 мин возобновились с большей интенсивностью, возникла многократная рвота, температура тела поднялась до 39 °С.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, ребёнок лежит на каталке, кожные покровы бледные, чистые, слизистые оболочки розовые, суховаты, язык обложен белым налётом.

В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует, сыпи, гематом, рубцов не выявлено. При пальпации отмечается *musculus defans*, резкая болезненность. Положительные перитонеальные симптомы снимаются по всей передней брюшной стенке.

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Перистальтика кишечника значительно снижена. Червеобразный отросток диаметром до 10 мм, анэхогенен, слои стенки не дифференцируются. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Имеется значительное количество свободной жидкости в брюшной полости, неоднородной консистенции с анэхогенной взвесью.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и его осложнения.
2. Объясните возможную причину, почему педиатр не смогла поставить точный диагноз.
3. Чем вызвано кратковременное улучшение в состоянии ребёнка?

4. Время предоперационной подготовки, антибактериальная терапия, вид анестезиологического пособия в данной ситуации?
5. Укажите возможные послеоперационные осложнения.

Задача № 21

В родильном зале перинатального центра реаниматолог осматривает новорождённого сразу после проведения кесарева сечения. При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое, ребёнок кричит вяло, выявлена выраженная одышка, разлитой цианоз. Определяется асимметрия грудной клетки с выбуханием левой стороны и отсутствием её экскурсии. Запавший «ладьевидный» живот. Тимпанит над поражённой областью, определяемый перкуторно. Отсутствие дыхания при аускультации левого лёгкого. Выслушиваются аускультативно громкие сердечные тоны в правой половине грудной клетки.

Из пренатального анамнеза: ребёнок от III беременности I родов. Искусственные роды путём кесарева сечения в 36 недель. Беременность протекала с угрозой прерывания на всём протяжении. При прохождении 3 скрининга в 32 недели по данным УЗИ плода выявили многоводие, задержку внутриутробного развития, смещение сердца вправо и появление в грудной полости патологических анэхогенных образований – желудка и кишечника.

Вопросы:

1. Предположите возможный диагноз.
2. Какие дополнительные способы пренатальной диагностики можно использовать?
3. Почему выбран способ досрочного (раннего) искусственного родоразрешения?
4. Принципы лечебного ведения пациентов с данной патологией?

Задача № 22

Мальчик 10 лет при купании в озере стал тонуть. Был поднят спасателями через 3 мин (со слов спасателя) в состоянии клинической смерти. Кожа лица и слизистые были бледные. После успешной первичной реанимации было возобновлено дыхание и сердечная деятельность. К моменту прибытия реанимационной бригады службы «Скорой помощи» дыхание у ребенка клокочущее с частотой 45 дыханий в 1 мин. Бригадой «Скорой помощи» была проведена интубация трахеи, начата ИВЛ. Пострадавший доставлен в приёмное отделение. При осмотре ребёнок без сознания. Кожа и слизистые бледные, прохладные. Периодически наблюдаются судороги с преобладанием клонического компонента. Зрачки несколько расширены, реакция на свет определяется. Корнеальные, глоточный и болевой рефлексы сохранены. При аускультации над лёгкими масса влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 100 уд./мин, АД – 80/40 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Какой вид и клинический период утопления произошел в данном случае?
2. Каковы неотложные мероприятия?
3. Механизм развития отёка легких в данном случае?
4. Механизм развития сердечно-сосудистой недостаточности при утоплении в пресной воде.

Задача № 23

В хирургическом отделении для местной анестезии был использован новокаин, после введения которого через 7-10 минут, пациент 14 лет пожаловался на нехватку воздуха, появилась одышка смешанного характера с ЧД более 30 в мин. Жалобы на чувство стеснения в груди. Далее - слабость, головокружение, и тошноту. Кожные покровы бледные. Артериальное давление 80/34 мм рт.ст., пульс 125–135 уд./мин, слабого наполнения, нитевидный. Снижение транскутанной сатурации SpO₂ <90%. При исходно ясном сознании через некоторое время появились тревожность, нервозность в поведении, которые в дальнейшем сменились опатией и вялостью.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние диагностировано, форма?

2. Какие симптомы характерны для данного состояния?
3. Необходимые неотложные мероприятия, препараты первого порядка?
4. Укажите механизм развития анафилактической реакции в данном случае.
5. Тактика при сохранении острой гипоксии ($SpO_2 < 88\%$) на фоне проведения кислородотерапии?

Задача № 24

Больной 35 лет. Рост 175 см. Вес 70 кг. 3 и сутки в отделении АиР. Термическая травма 40% 2-3ст. Ожог пламенем. На ИВЛ без использования мышечных релаксантов. Сброс по назогастральному зонду – 400мл «застойного отделяемого». Попыток питания не предпринималось. Температура тела до 38,5. Гемодинамика стабильная. Диурез адекватен водной нагрузке.

Вопросы:

1. Необходимость в нутритивной поддержке.
2. Составьте программу нутритивной поддержки с расчетом необходимых величин.
3. Лабораторный мониторинг.
4. Терапия сопровождения.

Задача № 25

Больной 40 лет с распространенным перитонитом после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита. 4 сутки. Рост 168 см. Масса тела 120 кг. Состояние стабильно тяжелое, сознание ясное, гемодинамика стабильная, продолжается ИВЛ во вспомогательном режиме, гипертермия до 38 в течение суток. В ОРИТ начали проводить энтеральное зондовое питание смесью типа Стандарт в объеме 1000 мл в сутки. Получили диарею до 5 раз в сутки и рвоту.

Вопросы:

1. Потребность пациента с абдоминальным сепсисом в основных макро и микронутриентах.
2. Программа нутритивной поддержки.
3. Терапия сопровождения.
4. Лабораторный контроль эффективности лечебного питания.

Задача № 26

73-летняя женщина, рост- 168 см, вес- 72 кг, потеря массы тела - 8 кг за последние 2 месяца. Ранее перенесла операцию на левом бедре (перелом 2 года назад). Сопутствующая патология: контролируемая артериальная гипертензия с регулярным применением бета-блокаторов. Рак сигмовидной кишки периферического распространения, согласно компьютерной томографии брюшной полости, не выявлено. Основные лабораторные показатели в норме. Больной запланирована резекция сигмовидной кишки с лимфодиссекцией.

Вопросы:

1. Необходимость в предоперационной нутритивной поддержке.
2. Потребность в основных макро и микронутриентах.
3. Программа нутритивной поддержки
4. Терапия сопровождения.
5. Контроль эффективности нутритивной терапии.

Задача № 27

Больная Б.27 лет, Рост 160 см, вес 58 кг. Индекс массы тела -22,6. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемный покой городского стационара. В течение последних 2-х дней отмечает сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки, подъемы температуры в течение дня до 39 С, слабость, при физической нагрузке чувство нехватки воздуха. Около 7-10 дней назад перенесла ОРВИ. Больничной не брала, поскольку

высокой температуры не отмечалось. Последние двое суток стала чувствовать себя плохо: появился сухой кашель, температура до 38,6 с ознобом. При кашле – боль справа внизу грудной клетки. При подъеме по лестнице на 3 этаж отмечает нехватку воздуха и резкую слабость, выраженную потливость и усиление кашля.

В анамнезе: Бронхиальная астма с 6 лет. Ингалятором (вентолин) пользуется 2-3 раза в месяц. Ночные приступы 1-2 раза в месяц.

При осмотре: кожный покров бледно-розовый, сухой, кисти рук прохладные, ногтевые ложа синюшные. Слизистые влажные. Температура 38,4. Одышка в покое до 24-26 в минуту. Сатурация – 88-87%. В легких дыхание жесткое, проводится неравномерно, ослаблено в средних и нижних отделах справа, в нижних отделах справа выслушивается крепитация.

Тоны сердца звучные, ритмичные. Пульс 117 уд/мин., ритмичный, АД 78/50 мм.рт.ст.

Анализ крови: гемоглобин 121 г/л, гематокрит 43%, тромбоциты $176 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты — $19,6 \cdot 10^9$ /л; нейтрофилы - 77%, палочкоядерные нейтрофилы - 18%. Биохимический анализ крови: глюкоза 7,8 ммоль/л, мочевины 11,1 ммоль/л. Коагулограмма: в пределах нормы.

КТ-грудной клетки: Правосторонняя нижнедолевая пневмония, гидроторакс справа.

Вопросы:

1. Основным показанием к лечению в отделении реанимации и интенсивной терапии у данной пациентки из ниже перечисленного является:

А. Септический шок (необходимость введения вазопрессоров)

Б. Гипертермия и одышка

С. Потребность в кислородотерапии

Д. Гипертермия, лейкоцитоз, тахикардия

2. Основными критериями наличия дыхательной недостаточности в условиях ОРИТ у данной пациентки являются:

А. Снижение P_{aO_2} артериальной крови меньше 60 мм рт.ст. или повышение парциального напряжения углекислого газа (P_{aCO_2}) более 45 мм рт. ст. при дыхании атмосферным воздухом

Б. Снижение P_{aO_2} артериальной крови меньше 70 мм рт.ст. или повышение парциального напряжения углекислого газа (P_{aCO_2}) более 45 мм рт. ст. при дыхании атмосферным воздухом

С. Снижение P_{aO_2} артериальной крови меньше 60 мм рт.ст. или повышение парциального напряжения углекислого газа (P_{aCO_2}) более 45 мм рт. ст. при инсуффляции кислорода

Д. Снижение P_{aO_2} артериальной крови меньше 65 мм рт.ст. или повышение парциального напряжения углекислого газа (P_{aCO_2}) более 55 мм рт. ст. при дыхании атмосферным воздухом

3. Одним из важнейших отличий заболевания ВДП при проведении дифференциальной диагностики с ОРДС является:

А. Отсутствие резистентности к кислородотерапии

Б. Острое начало и выраженная одышка

С. Более высокая гипертермия и гнойная мокрота

Д. Лейкоцитоз и гнойная мокрота

4. С целью улучшения оксигенации у данной пациентки показана:

А. Оксигенотерапия

Б. Неинвазивная вентиляция легких

С. Инвазивная вентиляция легких

Д. ЭКМО

5. Какие нарушения преобладают у пациентки?

А. Обструктивные

Б. Рестриктивные

Задача № 28

Пациент М. 62 лет, в стационаре в течение 3 дней в связи с подтвержденной инфекцией COVID-19, II стадия, дыхательная недостаточность I.

В анамнезе: не курит, семейный анамнез не отягощен, избыточного питания (ИМТ 32 кг/м²). Артериальная гипертензия в течение 5 лет, получает: лозартан, гипотиазид. Другие сердечно-сосудистые заболевания отрицает. Вызвал дежурного врача в связи с усилением одышки, эпизодом выраженной резкой слабости и головокружения, возникшими при попытке встать с кровати.

Объективно: сознание ясное, положение активное. Температура тела 37,5С. Дыхание жесткое, ослабленное в нижне-боковых отделах с обеих сторон, хрипов нет. Сатурация на воздухе 95%. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС 126 в мин. АД 112/86 мм рт.ст. Пульс 100 в мин, аритмичный. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Определите вероятную причину усиления одышки.
2. Какое дополнительное обследование необходимо выполнить?
3. Тактика ведения в случае регистрации на ЭКГ фибрилляции предсердий с высокой частотой сокращения желудочков.
4. Тактика в отношении антикоагулянтной терапии в случае развития впервые зарегистрированного пароксизма фибрилляции предсердий у пациента с COVID-19:

Задача № 29

Вас вызвали в приёмное отделение для осмотра больной 22 лет, доставленной бригадой скорой помощи. В анамнезе – указания на инъекционную наркоманию (использует дезоморфин). Последние сутки больная отмечает резкое ухудшение состояния с повышением температуры и ознобами. Больная в сознании, дезориентирована. Кожные покровы бледные, множественные следы внутривенных инъекций. В течение последних 6 часов трехкратно наблюдались ознобы с повышением температуры тела до 40°С. На момент осмотра АД 85/40 мм рт.ст.; ЧСС 128 уд/мин. Дыхание жесткое, с частотой до 32/мин, проводится во все отделы легких. Живот болезненный в нижних отделах, печень +2 см.

Вопросы

1. Необходимость госпитализации.
2. Какие обследования вы назначили бы этой больной?
3. Каких изменений в лабораторных данных вы можете ожидать в этой ситуации?
4. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

Задача № 30

Вас срочно вызвали к больной 70 лет, находящейся в хирургическом отделении третьей сутки после холецистэктомии. Сопутствующие заболевания: ожирение. При выходе в коридор у больной внезапно возникла резкая боль в грудной клетке, сопровождавшаяся рвотой, падением и потерей сознания. Обращает внимание одышка до 40/мин, сухие хрипы. Кожные покровы бледные, АД 80/40 мм РТ ст.; ЧСС 120 уд/мин. Отмечается цианоз верхней половины туловища, набухание и пульсация шейных вен.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Опишите неотложные мероприятия.
3. Каковы основные меры профилактики подобных ситуаций?

Задача № 31

У больной 52 лет, страдающей в течение 20 лет гормонзависимой бронхиальной астмой, после выполненной гемиколонэктомии через час после экстубации отмечаются одышка 38-40 в мин., стр. 13 шумное дыхание с затрудненным выдохом, аускультативно - жесткое дыхание с участками «немых зон». При исследовании газового состава крови: рН = 7,30;

$PaCO_2 = 48$ мм рт.ст.; $PaO_2 = 72$ мм рт.ст.; АВ = 26 ммоль/л; ВЕ = +2,2 ммоль/л. Вы отмечаете, что больная становится все более беспокойной и начинает срывать кислородную маску.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Как вы оцениваете кислотно-основное состояние у данной больной?
3. Какие мероприятия интенсивной терапии необходимы?

Задача № 32

В хирургическое отделение поступил больной 25 лет, с подозрением на аппендицит. Жалуется на боли в верхних отделах живота и правом боку усиливающиеся при кашле. Больной заторможен, кожные покровы серого цвета. Живот при пальпации спокоен. Одышка 48-50 в мин., аускультативно – справа над всем легким, за исключением верхних отделов, дыхание не проводится, выслушивается шум трения плевры, перкуторно – притупление. Слева дыхание жесткое. При кашле отходит гнойная мокрота. Температура тела $39,5^{\circ}C$; АД 105/80 мм рт.ст.; ЧСС 130 в минуту. На рентгенограмме грудной клетки за день до консультации – признаки инфильтрации справа до уровня второго межреберья.

Вопросы:

1. Как вы оцениваете проявления дыхательной недостаточности у данного больного и динамику его заболевания?
2. Опишите план обследования и мониторинга.
3. Назначьте интенсивную терапию этому пациенту.
4. Есть ли показания для ИВЛ, какие исследования могут быть назначены дополнительно для решения этого вопроса?

Задача № 33

Больной 52 лет доставлен в ОРИТ в бессознательном состоянии. Со слов сопровождающих, около 2 часов назад возник приступ резких, загрудинных болей, без эффекта от приема нитроглицерина. Объективно: состояние тяжелое. Кожный покров бледный, влажный, холодный, цианотичный. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 ударов в минуту, артериальное давление 60/30 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный. Задание: 1. Какой диагноз наиболее вероятен? 2. Какие исследования необходимы? 3. Что ожидается на ЭКГ? 4. Какое лечение показано? 5. Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда. Задача № 2. Больной 68 лет, пенсионер, жалуется на сжимающую боль в области сердца с иррадиацией в обе руки. Приступы болей повторяются ежедневно в течение последней недели плохо купируются приемом нитроглицерина. Последний приступ интенсивных загрудинных болей продолжался более 20 минут, приемом нитроглицерина не купировался, сопровождался страхом смерти, холодным потом. Вызвана специализированная бригада «скорой помощи». При осмотре: состояние тяжелое, кожный покров бледный, акроцианоз, частота сердечных сокращений 102 удара в минуту, пульс слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 80/50 мм рт.ст., частота дыхательных движений 26 в минуту. В нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Дополнительно: ЭКГ – куполообразный подъем сегмента STIII, V1-V3 отведениях, желудочковые экстрасистолы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения данного пациента?
3. Окажите неотложную помощь данному пациенту?
4. Патогенетические механизмы развившегося состояния?
5. Плановая терапия после купирования неотложного состояния?

Задача № 34

Больной 48 лет доставлен в отделение с жалобами на резкую боль за грудиной, иррадирующую в обе руки, под левую лопатку, не купирующуюся нитроглицерином. В течение последних 10 дней отмечает периодические боли за грудиной меньшей интенсивности и продолжительности. При осмотре: состояние тяжелое, кожный покров бледный, акроцианоз, покрыт холодным потом. Пульс 120 в минуту, аритмичный. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Частота дыхательных движений 28-32 в минуту. В легких влажные хрипы по полям. Печень увеличена, периферических отеков нет. Дополнительно: ЭКГ в I, II, aVL, V2-V6 отведениях дугообразно смен интервал ST вверх, отрицательный зубец T в этих отведениях. Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения данного пациента?
3. Окажите неотложную помощь данному пациенту.
4. Патогенетические механизмы развившегося состояния.
5. Плановая терапия после купирования неотложного состояния.

Задача № 35

Больной 57 лет, доставлен бригадой «скорой помощи» по поводу интенсивных болей в груди, продолжавшихся более 1 часа. Боли давящие, сжимающие, за грудиной, иррадирующие в шею, челюсть, левое плечо, не успокаивающиеся в сидячем положении и после приема нитроглицерина, не связаны с дыханием. В течение 10 лет отмечает повышение артериального давления до 190/110 мм рт. ст. Объективно: частота дыхательных движений 20 в минуту, в легких хрипов нет. Пульс 80 в минуту, ритмичный. артериальное давление 150/90 мм рт. ст. В остальном без особенностей.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Со 2 дня самочувствие удовлетворительное, болей, одышки нет. артериальное давление 160/95 мм рт. ст. Пульс 88-96 в минуту, экстрасистолы 4-6 в минуту. Какое лечение показано?
3. На 20 день появились боли в левой половине грудной клетки при дыхании, температура тела 37,8°C, при аускультации шум трения плевры. О каком осложнении следует думать?
4. Патофизиологическая триада, приводящая к острому инфаркту миокарда.
5. Лабораторные маркеры поражения миокарда.

Задача № 36

Больной 35 лет, жалуется на боли в грудной клетке, чувство нехватки воздуха. Боли появились после интенсивных занятий спортом, не купируются приемом нитроглицерина, связаны с дыханием. Объективно: частота дыхательных движений 28 в минуту, ослабление справа, там же перкуторно – тимпанит. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Пульс 90-110 в минуту, ритмичный. Кожный покров бледный, акроцианоз. В остальном без особенностей.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения данного пациента?
3. Окажите неотложную помощь данному пациенту.
4. Патогенетические механизмы развившегося состояния.

Задача № 37

На станции метро, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался.

Вопросы:

- 1) Поставьте предположительный клинический диагноз.
- 2) Нужна ли госпитализация?
- 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре?
- 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?
- 5) Возможные исходы заболевания?

Задача № 38

Пенсионерка 70 лет, находилась в поликлинике, ожидала приема эндокринолога. Окружающие заметили, что женщина стала заторможена, на вопросы отвечала односложно, затем перестала реагировать на происходящее, завалилась на бок из положения сидя. Из анамнеза известно: длительное время страдает сахарным диабетом 2 типа, коррегируемым диетой. Последние дни жаловалась на общую слабость, тошноту, жажду, снижение аппетита. При осмотре: без сознания, кожа сухая, дыхание учащенное, шумное, глаза не открывает, на болевые раздражители возникли тонические сокращения мышц, которые сменились атонией, глубокие рефлексы угнетены, двусторонние патологические рефлексы, менингеальных знаков нет. Уровень глюкозы крови 41 ммоль/л.

Вопросы:

- 1) Определите тип нарушения сознания?
- 2) Какую помощь можно оказать на месте?
- 3) Действия врача скорой помощи?
- 4) Какое обследование необходимо провести?
- 5) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 6) Тактика лечения в стационаре?

Задача № 39

Неизвестный мужчина, около 60 лет доставлен в стационар скорой помощью. Со слов очевидцев был обнаружен лежащим в сквере, где пролежал без движения около часа. При осмотре выявлена подкожная гематома левой височной области. Без сознания, на болевые раздражения не реагирует. Произвольной двигательной активности не определяется. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы низкие, определяется мышечная гипотония. Зрачки узкие, фотореакции угнетены. Менингеальных симптомов нет. На рентгенограммах черепа травматических костных изменений не выявлено. Смещение М-эха 2 мм. При люмбальной пункции в первой порции получен ликвор с примесью крови, которая исчезла в последующих порциях. Содержание этанола в крови 4 промилле.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Предложите тактику лечения.

Задача № 40

У пациента, которому проводился эндотрахеальный наркоз для проведения вмешательства по поводу острой кишечной непроходимости, в процессе экстубации (удаления эндотрахеальной трубки) появились признаки бронхоспазма, цианоз и тахикардия, а также признаки прогрессирующей дыхательной недостаточности.

Вопросы:

- 1) Какой предположительно диагноз
- 2) лечение подобного осложнения?
- 3) какой основной метод профилактики данного осложнения?
- 4) назовите еще три любых осложнения общей анестезии?

Задача № 41

Врачами скорой медицинской помощи сразу в операционную доставлен пациент с обширной резаной раной шеи на уровне верхнего края щитовидного хряща, Пациент возбужден, из раны со свистом при каждом выдохе выходит воздух с пенистой кровью, отмечается цианоз, одышка, охриплость голоса, щитовидный хрящ практически полностью пересечен, визуализируются голосовые связки.

Вопросы:

- 1) каким образом в такой ситуации необходимо проводить интубацию трахеи для общей анестезии?
- 2) Какие осложнения могут возникнуть у данного пациента?
- 3) Перечислите несколько препаратов для внутривенной анестезии?
- 4) Что происходит в первой фазе наркоза?
- 5) В чем физиологическая основа аналгезии?

Задача № 42

Женщина в возрасте 55 лет с кишечной непроходимостью поступила в клинику для операции резекции участка тонкого кишечника. Из сопутствующей патологии у неё были лёгкая форма гипертонической болезни и патологическое ожирение. Во время вводного наркоза на фоне вдыхания 100% кислорода у неё развилась выраженная гипоксемия.

Вопросы:

1. Каковы основные причины развития гипоксемии у данной больной?
2. Патофизиология легочных изменений:
3. Ваши действия в данной ситуации?

Задача № 43

Больной М., 53 лет в течение 20 лет страдает язвенной болезнью желудка. В течение 2-х лет наблюдается у кардиолога по поводу ИБС. Стенокардии напряжения. Днем доставлен в приемное отделение в тяжелом состоянии с направительным диагнозом: Язвенная болезнь желудка. Перфорация язвы? Желудочное кровотечение? При поступлении предъявляет жалобы на интенсивные боли в эпигастрии, тошноту, слабость, холодный пот, одышку. Утром в покое почувствовал интенсивную боль в эпигастрии, слабость, холодный пот, головокружение, одышку. Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные, покрыты липким потом. Выраженная одышка смешанного характера, ЧДД 34 в мин. В легких жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с 2-х сторон. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. ЧСС 102 в мин, пульс слабого наполнения. АД 65/35 мм рт ст. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. *Per rectum*: без патологии, кал обычного цвета.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз и почему?
2. Какие диагностические мероприятия Вы будете проводить и в какой последовательности?
3. Каковы основные направления неотложной терапии у данного пациента?

Задача № 44

Пациентка Дарья К. 2 года, доставлена в детский стационар, торакальное отделение бригадой скорой помощи. Из анамнеза: около двух недель болеет пневмонией, по поводу чего получала лечение амбулаторно по месту жительства, где и выполнили R-графию ОГК, на которой выявлено инородное тело, предположительно металлического характера, предположительно в правом главном бронхе.

Вопросы:

1. Показания к удалению инородных тел из дыхательных путей.
2. Способы извлечения инородных тел.
3. Приемы первой помощи у детей в возрасте до одного года при обнаружении инородного

тела.

Задача № 45

Женщина, 40 лет, поступила в стационар после ДТП в тяжелом состоянии, находится без сознания. Визуально при осмотре травмы и повреждения отсутствуют. АД-60/20 мм рт. ст., гематокрит 20%, гемоглобин -50 г/л, пульс нитевидный. Проведение активной инфузионной терапии без эффекта. При аускультации выслушивается резко ослабленное дыхание справа. Спустя 2 минуты наступила клиническая смерть.

Вопросы:

- 1) Причина возникшего состояния;
- 2) Назовите мероприятия первоочередной важности;
- 3) Какие дополнительные методы исследования необходимо провести;
- 4) Назовите весь комплекс лечебных мероприятий;
- 5) Методы дальнейшего наблюдения за больной.

Задача № 46

3-х летний ребенок, посещает ясли на полный день. Воспитательница заметила, что мальчик стал вялый, а затем начал плакать и беспокоиться. Измерение температуры выявило 39 С, возникла рвота. К моменту приезда скорой помощи: ребенок лежит в кровати, сознание спутано, головка запрокинута назад, ноги подтянуты к животу. Срочно доставлен в больницу, где произведена люмбальная пункция. Анализ ликвора: давление 250 мм водного столба, цвет мутный, цитоз 1000 в 1 мм³, преобладают нейтрофилы.

Вопросы:

- 1) Поставьте топический диагноз?
- 2) Поставьте предварительный клинический диагноз?
- 3) Предложите дополнительные методы обследования.
- 4) Предложите план лечения.
- 5) Предложите план необходимых санитарно-эпидемических мероприятий.
- 6) Возможные исходы заболевания?

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2; УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

1. Предоперационное заключение анестезиолога. Оценка тяжести состояния больного по шкале ASA. Протокол анестезии. Документация в анестезиологии.
2. Классификация методов анестезии. Выбор метода анестезии.
3. Безопасность в анестезиологии. Подготовка рабочего места анестезиолога.
4. Интраоперационный мониторинг. Стандарты базового интраоперационного мониторинга.
5. Оценка риска трудной интубации, алгоритм ведения больных.
6. Осложнения интубации. Протокол ведения неудавшейся трудной интубации и трудной вентиляции.
7. Безопасная экстубация, критерии и условия экстубации.
8. Эпидуральная анестезия. Показания и противопоказания к использованию. Осложнения и меры профилактики. Применение высокой эпидуральной блокады в кардиохирургии.
9. Спинальная анестезия. Показания и противопоказания, осложнения. Факторы, влияющие на распространение местного анестетика в субарахноидальном пространстве.
10. Ингаляционные анестетики. Понятие МАК. Факторы, влияющие на величину МАК. Особенности ингаляционной анестезии в кардиохирургии.
11. Общая внутривенная анестезия с использованием пропофола. Фармакокинетика и фармакодинамика препарата. Особенности применения в кардиохирургии.
12. Общая внутривенная анестезия с использованием кетамина и тиопентала-натрия. Фармакокинетика и фармакодинамика препаратов.

13. Клиническая фармакология миорелаксантов.
14. Основные методы анестезии, применяемые в кардиохирургии. Понятие «fast-track анестезия».
15. Анестезиологическое обеспечение оперативных вмешательств на брюшном отделе аорты.
16. Особенности анестезиологического обеспечения общехирургических оперативных вмешательств у пациентов с патологическими изменениями митрального клапана.
17. Особенности анестезиологического обеспечения общехирургических оперативных вмешательств у пациентов с ИБС.
18. Особенности анестезии у пациентов с сопутствующей ХСН.
19. Особенности анестезиологического обеспечения общехирургических оперативных вмешательств у пациентов с патологическими изменениями аортального клапана.
20. Особенности анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии.
21. Особенности анестезии при кесаревом сечении. Общая и регионарная анестезия. Преимущества и недостатки.
22. Особенности анестезиологического обеспечения в гинекологии.
23. Особенности анестезиологического обеспечения в травматологии и ортопедии.
24. Особенности анестезиологического обеспечения в педиатрии
25. Особенности анестезиологического обеспечения в урологии.
26. Особенности анестезиологического обеспечения в торакальной хирургии.
27. Особенности проведения анестезии в экстренной хирургии.
28. Послеоперационная тошнота и рвота. Профилактика и лечение.
29. Принципы анестезиологического обеспечения операций на головном мозге.
30. Интраоперационный мониторинг при кардиохирургическом вмешательстве. Специфические методы мониторинга.
31. Ранний послеоперационный период у кардиохирургического пациента. Тактика терапии. Наиболее вероятные осложнения.
32. Принципы послеоперационного обезболивания.
33. Основные патогенетические варианты интраоперационных нарушений в системе гемостаза. Направления терапии.
34. Периоперационная профилактика тромботических и тромбоэмболических осложнений.
35. Современная классификация методов искусственной вентиляции легких.
36. Оксигенотерапия. Показания. Методики проведения.
37. Принципы проведения интраоперационной инфузионной терапии
38. Режимы вспомогательной вентиляции легких.
39. Клиническая фармакология антиаритмических препаратов, используемых для лечения вентрикулярных нарушений ритма сердца.
40. Клиническая фармакология антиаритмических препаратов, используемых для лечения суправентрикулярных нарушений ритма сердца.
41. Периоперационные брадиаритмии. Фармакологическая и электрофизиологическая коррекция.
42. Клиническая фармакология препаратов, применяемых для лечения синдрома малого сердечного выброса.
43. Инотропные препараты, вазопрессоры, вазодилататоры. Клиническая фармакология.
44. Представление о внутричерепном давлении. Методики профилактики и лечения внутричерепной гипертензии.
45. Седация в ОРИТ. Шкала Ramsay, Ричмондская шкала оценки агитации и седации.
46. Особенности проведения седации у нейрохирургических и неврологических больных.
47. Острая дыхательная недостаточность. Классификация. Принципы респираторной поддержки при паренхиматозной дыхательной недостаточности.
48. Острая сердечная недостаточность в периоперационном периоде. Критерии диагностики.
49. Острая правожелудочковая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, диагностические критерии. Терапия.
50. Острая почечная недостаточность в послеоперационном периоде. Этиология и патогенез. Диагностика. Основные направления медикаментозной терапии.
51. Острая почечная недостаточность. Показания к почечнозаместительной терапии. Методы экстракорпоральной гемокоррекции.
52. Диагностика ишемии и повреждения миокарда в периоперационном периоде
53. ОРДС. Диагностика, интенсивная терапия

54. ТЭЛА. Диагностика, принципы интенсивной терапии.
55. Анафилактический шок. Диагностика, принципы интенсивной терапии.
56. Кардиогенный шок. Диагностика, принципы интенсивной терапии.
57. Гиповолемический шок. Диагностика, принципы интенсивной терапии.
58. Современный алгоритм расширенной сердечно-легочной реанимации.
59. Катетеризация центральных вен. Показания. Возможные осложнения, меры профилактики.
60. Интенсивная терапия острой кровопотери. Трансфузионная терапия, регламентирующие документы.
61. Острая церебральная недостаточность. Виды, диагностика, интенсивная терапия.
62. Интенсивная терапия неотложных состояний в акушерстве.
63. Основные принципы интенсивной терапии ЧМТ.
64. Бронхоспазм и ларингоспазм. Диагностика, интенсивная терапия.
65. Интенсивная терапия нарушений мозгового кровообращения.
66. Водно-электролитные нарушения в периоперационном периоде. Диагностика. Принципы коррекции.
67. Острая сердечная недостаточность. Классификация. Лечебная тактика при различных формах острой сердечной недостаточности.
68. Сепсис. Современное определение, классификация, представления о патогенезе. Диагностика.
69. Сепсис. Современные подходы к интенсивной терапии.
70. Септический шок. Диагностика. Интенсивная терапия.
71. Парентеральное питание. Показания, противопоказания, фармакологическое обеспечение.
72. Зондовое энтеральное питание. Показания, противопоказания, препараты.
73. Понятие ПИТ- синдрома. Основные компоненты ПИТ синдрома.
74. Компоненты обеспечения безопасности пациента в ОРИТ
75. Принципы интенсивной терапии острых отравлений.

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России	
Сертификат	00FD35568D6E44A682C5AE0E82D9AC2C35
Владелец	Пармон Елена Валерьевна
Действителен	с 26.06.2024 по 19.09.2025

