Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 15.11.2024 11:11:25
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования

Кафедра Госпитальной хирургии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
_____ Т.А. Овсянникова
«26» 06 2024 года

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ (ОРДИНАТУРА)

Майкоп

Матрица и таблицы компетенций обучающихся, формируемые в результате освоения в соответствии с рабочими программами дисциплин при реализации ОПОП специальности 31.08.02 Анестезиология-реаниматология

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпуск	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
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	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	**УК-2.** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	**УК-3.** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	**УК-4.** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с

		учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	**УК-5.** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) компетенций	**Код и наименование общепрофессиональной компетенции (ОПК)/**	**Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции (иОПК)**
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативнометодическую базу по выбранной теме и соблюдает 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	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медикостатистических показателей

Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-6.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-6.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
	ОПК-7 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-7.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарногигиеническому просвещению населения ОПК-7.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-8.1 Проводит анализ медико-статистической информации ОПК-8.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

	ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-9.1 Оценивает состояния пациентов ОПК-9.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной деятельности	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	**ПК-1.** Способен к оказанию скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" вне медицинской организации	ПК-1.1 Проводит обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" вне медицинской организации ПК-1.2 Назначает лечение при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" вне медицинской организации, контролирует его эффективность и безопасность	02.040 Профессиональный стандарт – Врач – анестезиолог-реаниматолог
	ПК-2. Способен к оказанию специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" в стационарных	ПК-2.1 Проводит обследование пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, устанавливает диагноз органной недостаточности	02.040 Профессиональный стандарт – Врач – анестезиолог-реаниматолог

	условиях и в условиях дневного стационара	ПК-2.2 Назначает анестезиологическое пособие пациенту, контролирует его эффективность и безопасность; искусственное замещение, поддержание и восстановление временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента ПК-2.3 Осуществляет профилактику развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента ПК-2.4 Назначает мероприятия медицинской реабилитации и контролирует их эффективность ПК-2.5 Проводит медицинские экспертизы при оказании медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология"	
Организационно-управленческая деятельность	**ПК-3** Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности	ПК-3.1 Поводит анализ медикостатистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача ПК-3.2 Осуществляет ведение медицинской	02.040 Профессиональный стандарт – Врач – анестезиолог-реаниматолог

	находящегося в распоряжении медицинского персонала	документации, в том числе в форме электронного документа ПК-3.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	

Матрица формирования компетенций по специальности 31.08.02 Анестезиология-реаниматология

Индекс	Наименование дисциплины	Формируемые 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
Б1.О.01	Анестезиология-реаниматология	+								+	+	+	+	+	+	+	+	+
Б1.О.02	Педагогика		+		+	+			+									
Б1.О.03	Общественное здоровье и здравоохранение			+				+						+				+
Б1.О.04	Информационные технологии в здравоохранении						+							+				
Б1.О.05	Медицина чрезвычайных ситуаций	+													+			
Б1.О.06	Клиническая фармакология	+									+					+		
Б1.В.ДЭ.01.01/ Б1.В.ДЭ.01.02	Анестезиология в нейрохирургии/ Интенсивная терапия в нейрохирургии и неврологии																+	+
Б1.В.ДЭ.02.01/ Б1.В.ДЭ.02.02	Ультразвуковой мониторинг у пациентов в интенсивной терапии/ Методы функциональной диагностики для пациентов в интенсивной терапии	+								+								
Б2.О.01(П)	Производственная (клиническая) практика	+		+	+					+	+	+	+	+	+	+	+	+
Б3.О.01	Государственная итоговая аттестация	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ФТД.В.01	Ранняя реабилитация пациентов в интенсивной терапии																+	

Перечень вопросов для проведения государственного экзамена

Ситуационные задачи (1 этап)

1. Пациенту с переломом бедра на этапе скорой помощи вне медицинского учреждения с целью обезболивания введено 100 мл 0,5 % новокана в область перелома. Какие изменения происходят в организме больного при развитии токсического действия местных анестетиков?

Опишите клиническую картину развившегося состояния.

Определите особенности транспортировки и тактику лечения пациента.

Показано ли применение методов экстракорпоральной детоксикации при лечении пациента?

2. У пациента, пострадавшего в автодорожном происшествии, во время транспортировки в медицинское учреждение развилась клиническая картина пневмоторакса. С целью обезболивания молодой доктор решил применить закись азота.

В чем заключается опасность применения закиси азота у пациентов с пневмотораксом?

В каких еще случаях следует избегать применения закиси азота?

3. Больной 64 лет (масса тела 70 кг) после окончания операции на органах брюшной полости, проводимой под эндотрахеальным наркозом с применением аналгетиков, седативных средств и мышечных релаксантов, был экстубирован через 30 мин и переведен в посленаркозную палату на самостоятельном дыхании с восстановленным мышечным тонусом и сознанием. Однако, через 1 час после перевода в палату состояние больного ухудшилось: вял, адинамичен, на вопросы не отвечает. Отмечается поверхностное дыхание, ЧД – 28 в 1 мин, пульс – 100 уд. в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД – 140/90 мм рт.ст. Цианоза нет.

Экстренный анализ газов артериальной крови и КОС: pH – 7,24; paO2 50 мм рт.ст.; paCO2 60 мм рт.ст., HCO3 – 25 ммоль/л, гематокрит 30 % (0,30).

Определите причину ухудшения состояния.

Определите тактику лечения возникшего осложнения.

4. Женщина 55 лет с кишечной непроходимостью поступила в клинику для операции резекции участка тонкого кишечника. Из сопутствующей патологии у неё выявлены лёгкая форма гипертонической болезни и патологическое ожирение (ИМТ > 40). Во время вводного наркоза на фоне вдыхания 100% кислорода развилась выраженная гипоксемия.

Каковы основные причины развития гипоксемии у данной больной?

Ваши действия в данной ситуации?

5. Во время обширной хирургической операции по поводу опухоли гастродуоденальной зоны, сопровождающейся значительной кровопотерей, отмечено падение АД до 80/60 мм рт.ст., учащение пульса до 124 уд. в 1 мин, снижение ЦВД до 4, затем – до 2 см водн.ст. Операция проводилась в условиях эндотрахеального наркоза с ИВЛ и содержанием 50 % кислорода во вдыхаемой смеси. Несмотря на проводимую инфузионную терапию (коллоидные, кристаллоидные растворы) АД продолжало

снижаться, а затем перестало определяться. Исчез пульс на лучевых, а затем и на сонных артериях. На мониторе – синусовая брадикардия. Каких-либо вентиляционных нарушений, изменений КОС и электролитного баланса не отмечалось.

Какой вид остановки сердца произошел, его возможная этиология?

Ваши действия в данной ситуации?

Опишите алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации при ЭМД.

Какие документы должны быть заполнены в процессе лечения пациента?

Проведите экспертизу оказания помощи с оценкой качества лечения больного.

6. Ребёнок в возрасте 1 года с массой тела 9 кг был направлен на бронхоскопию по поводу аспирированного им инородного тела. Признаки дыхательной недостаточности отсутствовали, но прослушивались выраженные шумы на вдохе и выдохе. Частота дыхания составила 40 в мин., температура тела была в пределах нормы. При перкуссии грудной клетки отмечался коробочный оттенок звука над левым лёгким, на рентгенограмме грудной клетки - эмфизема левого лёгкого со смещением средостения вправо.

Какова оптимальная анестезия для такого ребёнка?

Каковы основные проблемы при анестезии и извлечении инородного тела через бронхоскоп?

7. Девочка в возрасте 10 лет с массой тела 21 кг, страдавшая рецидивирующим двусторонним серозным отитом, направлена на операцию восстановления проходимости слуховых труб. В анамнезе есть указание на врождённую патологию сердца (синдром Айзенменгера с двунаправленным шунтированием через дефект в межжелудочковой перегородке, гипертензией в малом круге, незаращением аортального протока и незначительной регургитацией митрального клапана). Из других заболеваний отмечались рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей и несчастный случай в прошлом с сосудистыми и мозговыми нарушениями. Во время плача у девочки обычно появляется цианоз. Гематокрит перед операцией составляет 55%.

Какие показатели следует оценивать перед проведением наркоза у данной больной?

Каково влияние врождённой патологии сердца на скорость введения в наркоз?

Какие документы должны быть заполнены перед лечением пациентки?

8. Мальчик в возрасте 10 лет был доставлен в операционную для обследования и лечения по поводу разрыва правого глазного яблока. Проникающее ранение глаза произошло за 2 часа до поступления в больницу. В остальном состояние мальчика было удовлетворительным, повреждённый глаз плотно закрыт. Иногда ребёнок его трёт, бережёт голову и плачет.

В чём заключается анестезиологическое обеспечение больных, которым предстоит операция на глазах?

Как вести данного больного с повреждением глаза?

9. Мужчина, страдающий гипертонической болезнью и подагрой, был госпитализирован для операции передней резекции бронха. Несмотря на отсутствие в анамнезе лёгочных заболеваний, перед операцией у него определялись скудные хрипы на выдохе. При дыхании в обычных условиях pH крови составил 738, PaO2 - 81 мм рт.ст., а

PaCO2 - 42 мм рт.ст. После вводного наркоза хрипы усилились, в процессе операции они исчезли, но в послеоперационном периоде на фоне продолжающейся ИВЛ у больного развилась гипертензия, наступило состояние возбуждения, появились нарушения сердечного ритма.

Какое патологическое состояние развилось у данного больного?

Ваши действия в данной ситуации?

10. Мужчина 63 лет поступил на операцию удаления правой доли печени по поводу развития в ней метастазов рака кишечника. Общее состояние больного было удовлетворительным, несмотря на перенесённую за 8 мес ранее операцию поперечной колонэктомии. Анестезия и гемостаз при этом прошли без каких-либо осложнений. При операции удаления доли печени обезболивание осуществлялось закисью азота с кислородом, суфентанилом, энфлюраном, панкуронием. В течение первого часа анестезия проходила без осложнений, а затем началось массивное кровотечение.

В чём состоит оптимальное лечение при кровотечении?

Что относят к обычным осложнениям массивной гемотрансфузии? Какие документы необходимо заполнить при лечении пациента?

11. Мужчина 61 года направлен на операцию лобэктомии по поводу опухоли верхней доли левого лёгкого. В его анамнезе есть указание на длительное курение, кашель с мокротой и сниженную непереносимость физических нагрузок. При физикальном обследовании выявлены гепатоюгулярный рефлюкс и периферические отёки. Вводный наркоз прошёл гладко, для обеспечения дальнейшей анестезии и вентиляции была введена двухпросветная трубка. Однако после её закрепления независимую вентиляцию провести не удалось.

Каковы причины невозможности проведения однолёгочной вентиляции у данного пациента?

Что служит показанием к применению двухросветной интубационной трубки?

12. Мужчина в возрасте 86 лет был госпитализирован по поводу опухоли нижней доли левого лёгкого. Планировалось произвести ему бронхоскопию и сразу же после неё - лобэктомию. Бронхоскопия жёстким бронхоскопом под общим наркозом прошла без осложнений, больного положили на правый бок и приступили к операции лобэктомии. Через 25 мин после разреза кожи перестало определяться артериальное давление.

Что за состояние развилось у данного больного?

Ваши действия в этой ситуации?

Какие профилактические мероприятия необходимо было произвести для предупреждения данного осложнения?

13. Мужчине 73 лет была произведена операция удаления аневризмы брюшного отдела аорты. Из сопутствующей патологии у него следует отметить гипертоническую болезнь, по поводу которой он принимал атенолол по 50 мг и гидрохлортиазид по 25 мг, стенокардию, купируемую нитроглицерином, атеросклероз сосудов головного мозга, осложнённый гемипарезом, хроническое обструктивное заболевание лёгких, обусловленное бронхитом курильщика, инфекцию мочевых путей. Наркоз фентанилом и

панкуронием на фоне вентиляции кислородом, введения нитроглицерина и диуретиков прошёл без осложнений. Во время поперечного пережатия аорты в течение 70 мин количество мочи уменьшилось до 30 мл/ч. В послеоперационном периоде развились симптомы почечной недостаточности с повышением уровня креатинфосфокиназы с положительной МВ фракцией. Гемодиализ проводился между 10-м и 22-м днём после операции.

Что за состояние развилось у данного больного?

Ваши действия в этой ситуации?

14. Женщине 19 лет предполагается выполнение операции резекции правого тазобедренного сустава по поводу остеогенной саркомы. В анамнезе имеются указания на серповидно-клеточную анемию, протекавшую с периодическими кризами. Перед операцией гемоглобин 90 г/л, а гематокрит - 27%.

Каковы методы подготовки к наркозу и операции больного с серповидноклеточной анемией?

В чём состоит анестезиологическое обеспечение больных с серповидно-клеточной анемией.

15. Мужчина 79 лет поступил на операцию трансуретральной резекции предстательной железы по поводу её гипертрофии. За 6 лет до операции он перенёс инфаркт миокарда, после выздоровления не ощущал болей за грудиной и сердцебиений. Принимает дигоксин в поддерживающих дозах (0,25 мг/сут). В анамнезе есть указание на аллергию к новокаину. При физикальном обследовании было обнаружено сглаживание поясничного лордоза с ограничением сгибательных и разгибательных движений позвоночника.

Какой вид анестезии наиболее показан данному больному?

Каковы противопоказания к спинальной анестезии?

Какие документы должны быть оформлены анестезиологом в процессе лечения пациента?

16. Мужчина 73 лет госпитализирован для операции по поводу опухоли правой руки. В прошлом он трижды перенёс инфаркт миокарда, последний из них - за 10 лет до операции. Больной ежедневно принимал дигоксин в малых дозах, изосорбида динитрит, анаприлин. На ЭКГ у него были признаки частичной левосторонней передней блокады, блокада правой ветви пучка Гиса. За 3 мес до операции при проведении вводного наркоза у него развилась тяжёлая брадикардия и гипотензия, грозившие остановкой сердца. Больного удалось спасти, но все перечисленные причины послужили основанием для отказа оперировать его под общей анестезией.

Каковы критерии при выборе подхода к блокаде плечевого сплетения?

Каковы противопоказания к проведению анестезии плечевого сплетения?

Проведите оценку качества, назначенного пациенту лечения.

17. Женщина 55 лет поступила на операцию по поводу множественных аневризм мозга. Она страдала гипертонической болезнью, принимала анаприлин по 10 мг дважды в день, перенесла два инфаркта миокарда, последний за 6 лет до операции. У неё сохраняется стенокардия напряжения, на ЭКГ определяются признаки синусовой брадикардии (50 уд. в

мин) и гипертрофии левого желудочка.

Как проводить вводный и основной наркоз у больных с церебральной аневризмой?

Как поступать при разрыве аневризмы во время операции?

18. Женщина 52 лет с кровотечением из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта поступила в клинику для операции портокавального анастомоза. В анамнезе - многолетнее злоупотребление алкоголем и цирроз печени. Лечение по методу Сенгстакена - Блейкмора и вазопрессином оказалось неэффективным. Число тромбоцитов - 90*109 /л, протромбиновое время - 13,8 с (N - 11,7 с), частичное тромбопластиновое время - 42,8 с (N - 29,8 с) и уровень фибриногена - 1750 мл/л.

Каков план подготовки этой больной к операции и анестезии?

Какой вид анестезии наиболее показан данной больной?

19. Мужчина 74 лет, рост которого 160 см, масса тела 60 кг, поступил для операции трансуретральной резекции предстательной железы по поводу её доброкачественной гипертрофии. Больной страдает сахарным диабетом и в прошлом перенёс нарушение мозгового кровообращения. Спинальная анестезия 15 мл тетракаина с адреналином обеспечила удовлетворительное обезболивание. Анестезия наступила с уровня Th VII. Через 45 мин после начала операции развилась брадикардия, а затем наступила остановка сердца.

Какое осложнение развилось у данного больного?

Какова анестезия выбора при трансуретральной резекции предстательной железы?

20. В отделении реанимации в послеоперационной палате находилась больная В.,65 лет, которой была произведена операция – холецистэктомия. Состояние больной соответствовало перенесенному оперативному вмешательству, однако, постоянно беспокоили боли в послеоперационной ране. Резкие боли вызывал кашлевой толчок. В первые сутки с целью купирования болей вводили анальгин 50% по 2,0 мл три раза в день под кожу. Из-за болей больная мало двигалась, лежала в постели неподвижно. На третий день лечащий врач, выслушивая легкие больной, обнаружил ослабленное дыхание над нижней долей правого легкого, там же перкуторно отмечалось укорочение легочного звука.

Была произведена рентгенография грудной клетки, при которой был обнаружен ателектаз нижней доли правого легкого.

Какие ошибки были допущены врачом при ведении больной в раннем послеоперационном периоде?

Какие мероприятия необходимо было провести для профилактики ателектаза?

21. Больному 65 лет поступившему с диагнозом «вколоченный перелом шейки бедра» проведена операция протезирования тазобедренного сустава по спинальноэпидуральной анестезией. Операция прошла со стабильной гемодинамикой, кровопотеря составила 500,0 мл, полностью восполнена интраоперационно. Во время операции проводилась седация пациента, дыхание самостоятельное. По окончании операции больной в полном сознании, жалоб не предъявляет.

Какие методы послеоперационного обезболивания необходимо применить для предупреждения развития хронического болевого синдрома?

Какую документацию должен заполнить врач анестезиолог?

Проведите экспертизу качества оказанного анестезиологического пособия.

22. Через час после кормления в отделении патологии новорожденных медсестра обнаружила ребенка 14 дней жизни с остановкой дыхания. Ребенок массой 2,5 кг, лечился в стационаре по поводу пневмонии. Вызванные врачи анестезиологиреаниматологи, определили отсутствие сознания и дыхания, аускультативно выслушивались единичные сердцебиения. Кожные покровы с разлитым цианозом, зрачки расширены, реакция на свет была сомнительной.

Чем определяется тяжесть состояния ребенка.

В какой последовательности необходимо проводить реанимационные мероприятия.

При проведении непрямого массажа сердца у ребенка точка приложения силы….

При проведении интубации трахеи используется трубка….

Необходимая доза адреналина равна….

23. Больной 65 лет после операции резекции желудка по поводу язвенной болезни находится в послеоперационной палате. Из анамнеза известно, что больной три года назад перенес инфаркт миокарда. Страдает гипертонической болезнью П ст. много лет. При кардиомониторном наблюдении регистрировался синусовый ритм, частота сердечных сокращений 100 в 1 мин. Пульс ритмичный, хорошего наполнения. АД = 160/90 мм рт.ст.

Внезапно на ЭКГ посвились нарушения ритма: отсутствие QRS-комплексов, колебания высокой амплитуды, сопровождающиеся потерей сознания и отсутствием пульса на сонных артериях.

Ваш диагноз?

Укажите алгоритм реанимационных мероприятий.

24. Мужчина 28 лет, был обнаружен в гараже, в работающем автомобиле без сознания. Состояние тяжелое. Сознание-кома II ст. Кожа и видимые слизистые розового цвета с цианотичным оттенком. Зрачки расширены, не реагируют на свет. Наблюдаются тонико-клонические судороги, ригидность затылочных мышц. Дыхание поверхностное, аритмичное, типа Чейна-Стокса. ЧСС - 140 уд/мин, слабого наполнения. АД - 70/40 мм. рт. ст. Первый тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум.

Определить неотложное состояние.

Тактика врача скорой медицинской помощи.

Определить дальнейшую тактику лечения.

25. Мужчина 25 лет сбит автомашиной при переходе улицы. Общее состояние крайне тяжелое. Заторможен. Оценка по шкале Глазго 12 баллов. Обильное носовое кровотечение. Обширная ссадина в области левой скуловой кости. Выраженная деформация 6-7-8 ребер слева и гематома в этой области. Деформация и обширная гематома в средней трети бедра справа. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное, ЧДД - 44. При выслушивании легких слева дыхание не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. ЧСС - 140 уд/мин. АД - 70/20 мм. рт. ст. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области печени и в правой подвздошной области. Моча окрашена кровью.

Поставьте предварительный диагноз.

Какие неотложные мероприятия необходимо выполнить на догоспитальном этапе?

Особенности транспортировки пострадавшего в медицинское учреждение.

Ваша дальнейшая тактика?

26. У больного 40 лет, поступившего с диагнозом «острый панкреатит» на фоне общего тяжелого состояния, выраженного болевого синдрома отмечается снижение АД до 75/40 мм рт.ст., учащение пульса до 132 уд. в 1 мин, угнетение сознания, возбуждение, тремор, олигурия.

При исследовании параметров центральной гемодинамики отмечено: СИ 2,1 л/м2 ; АДср. 60 мм рт.ст.; ЦВД 0 см водн.ст.; давление заклинивания легочных капилляров (ДЗЛК) 6 мм рт.ст.; ОПСС 4500 дин·с/см5 ·м2 .

Какие параметры гемодинамики нарушены, возможные причины этих нарушений?

Назначьте адекватное лечение болевого синдрома.

Составьте программу интенсивной терапии.

27. 75 –летний мужчина поступил в отделение реанимации, с жалобами на сухой кашель, одышку при незначительной физической нагрузке. Со слов больного кашель появился около 2-х недель назад, одышка – 1 нед. назад. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, эпизоды спонтанных рецидивирующих пневмотораксов. Выкуривает по 15 сигарет в день в течение 40 лет. При осмотре: В сознании, несколько ажитирован. При осмотре кожных покровов обращает на себя внимание выраженный периферический цианоз. Дышит ртом. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. ЧДД – 40 в мин. Перкуторно над левой половиной грудной клетки – тимпанит, слева притупление перкуторного звука. Аускультативно над левой половиной грудной клетки дыхание не проводится. Справа выслушивается ослабленное жесткое дыхание. ЧСС - 140 в мин. На ЭКГ – ритм синусовый. АД - 170/100 мм.рт.ст. SpO2 – 60%.

Диагноз?

Лечебные действия?

После того, как были выполнены неотложные лечебные мероприятия, состояние больного быстро улучшилось. Значительно уменьшилась одышка, ЧДД – 22 в/мин. АД - 124/63 мм.рт.ст., ЧСС - 90 в мин, SPO2 92%, на фоне ингаляции увлажненного кислорода через лицевую маску.

Однако через 10 мин состояние больного стало ухудшаться, вновь появилась и стала нарастать одышка. ЧДД - 32 в мин, SPO2 80%, на фоне ингаляции кислорода через нереверсивную маску. АД 120/74 mm Hg, ЧСС118 в мин (ритм синусовый). Аускультативно над левой половиной грудной клетки стали выслушиваться влажные хрипы. pH 7.30, aPCO2 35.4 mm Hg, PO2 52.8 mm Hg, уровень бикарбоната 17.2 mmol/L, BE -7.9 mEq/L.

Выполнена рентгенография органов грудной клетки:

О чем свидетельствую новые находки при физикальном обследовании и ренгенографии?

А. Ателектаз

Б. ТЭЛА

В. Рецидивирующий пневмоторакс

Г. Унилатеральный отек расправленного легкого

Д. Инфаркт миокарда

1. Тактика лечения

2. На каком этапе лечения возможно назначение ранней реабилитации пациента?

28. Пациент А. 57 лет, поступил в состоянии алкогольного опьянения. Жалобы на одышку, которая стала нарастать в течение последних 3-4 дней, продуктивный кашель с мокротой зеленого цвета. Из анамнеза удалось установить, что около недели назад больной был избит неизвестными, сознания не терял. В связи с прогрессированием дыхательной недостаточности переведен на ИВЛ.

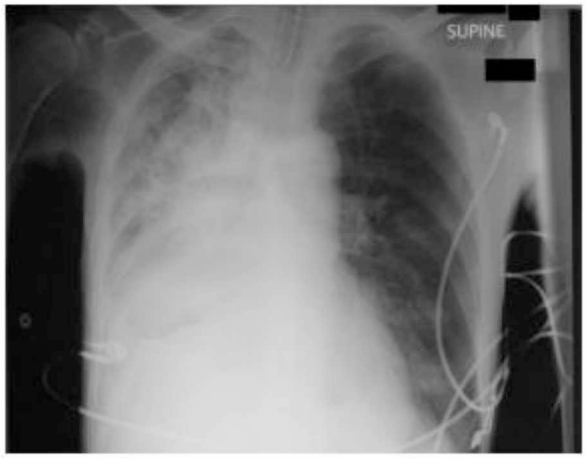
Рентгенография органов грудной клетки (1):

Опишите рентгенограмму

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать выявленные изменения

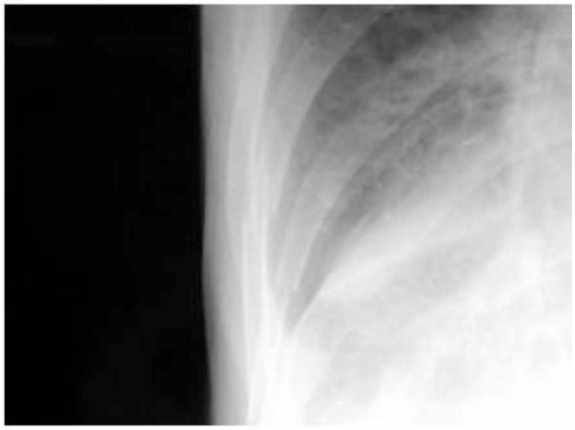
Предварительный диагноз

План интенсивной терапии



Подсказка № 1

Подсказка № 2



29. Бригада «скорой медицинской помощи», прибывшая к месту происшествия, установила эпизод происшедшего утопления. Пострадавший мужчина 50 лет вытащен из ледяной воды 10 минут тому назад. При осмотре – картина клинической смерти (пульс на сонных артериях не определяется, дыхание и сознание отсутствуют, зрачки расширены, на свет не реагируют).

Необходимо ли в данной ситуации проводить реанимационные мероприятия?

Если показаны реанимационные мероприятия, то определите последовательность их проведения.

Прогноз эффективности реанимационных мероприятий.

30. Во время обширной хирургической операции по поводу опухоли гастродуоденальной зоны, сопровождающейся значительной кровопотерей, отмечено падение АД до 80/60 мм рт.ст., учащение пульса до 124 уд. в 1 мин, снижение ЦВД до 4, затем – до 2 см водн.ст. Операция проводилась в условиях эндотрахеального наркоза с ИВЛ и содержанием 50 % кислорода во вдыхаемой смеси. Несмотря на проводимую инфузионную терапию (коллоидные, кристаллоидные растворы) АД продолжало снижаться, а затем перестало определяться. Исчез пульс на лучевых, а затем и на сонных артериях. На мониторе – синусовая брадикардия. Каких-либо вентиляционных нарушений, изменений КОС и электролитного баланса не отмечалось.

Укажите вид остановки сердца, его возможную этиологию;

Предложите план реанимационных мероприятий;

Прогноз проводимых мероприятий.

31. Пациент Ч. 42 лет, поступил с жалобами на боль в прекордиальной области и за грудиной, распирающего характера, усиливающуюся при дыхании и движении. Появление боли отметил 3 дня назад. Вирусные инфекции, вакцинации в недавнем прошлом отрицает. В анамнезе отсутствуют указания на наличие артериальной гипертензии, ИБС, предшествующие хирургические вмешательства на сердце и сахарный диабет. Больной не принимает никаких лекарственных препаратов.

Данные физикального обследования:

В сознании, очаговой неврологической симптоматики нет. Нормотермия. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы симметрично. ЧСС – 103 в мин, АД – 160/102 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Над аортой выслушивается

ранний диастолический шум, шума трения перикарда, ритма галопа нет. Пульсация плечевых и лучевых артерий симметрична.

Опишите ЭКГ, при каких заболеваниях могут встречаться данные изменения.

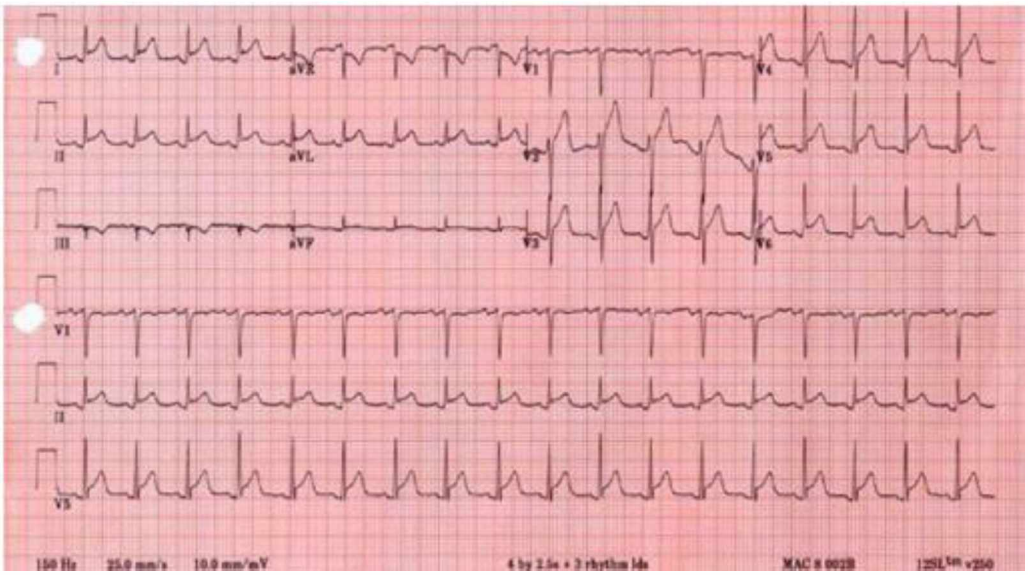
Предварительный диагноз:

1. Перикардит
2. Расслаивающая аневризма проксимального отдела аорты
3. Острый инфаркт миокарда
4. Гиперкалиемия

Какие дополнительные методы обследования помогут уточнить диагноз.

Тактика лечения.

Ранняя реабилитация пациента.



32. В приемное отделение больницы доставлена женщина 29 лет. Пациентка сонлива, речевой контакт затруднен, для контакта необходимо настойчивое громкое обращение с применение болевого раздражителя. Способна выполнить лишь элементарные задания. Реакция на боль сохранена, целенаправленная. Дезориентирована в обстановке и времени. Со слов сожителя известно, что 3 дня назад перенесла криминальный аборт.

Данные объективного обследования. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь, склеры иктеричны, температура тела 35,1 0С, ЧСС – 130 уд/мин, пульс слабого наполнения, ЧДД - 30, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура, САД - 80 мм.рт.ст. наблюдается симптом «белого пятна» 4 сек. Инфузионная терапия, проводимая БСМП, оказалась не эффективной.

Экстренно переведена в отделение реанимации, где было проведено обследование. Через час получены следующие результаты.

Данные лабораторных методов исследования. ОАК: Hb - 85 г\л; Эр - 2,9*1012/л; Л - 30*109/л; лейкоцитарная формула с нейтрофильным сдвигом влево; Тр - 150*109/л; билирубин - 21 мкмоль/л; pH крови - 7,3.

Установить диагноз

Оценить уровень сознания

Оценить тяжесть нарушения сознания.

Определить тактику лечения.

33. Бригада «Скорой помощи» получила вызов: женщина, 35 лет, «плохо с сердцем, задыхается». Время прибытия на место – 15 мин. В квартире обнаружена женщина. Состояние крайне тяжелое. Уровень сознания – сопор. Кожный покров бледный, прохладный, влажный. Дыхание стридорозное, аускультативно - жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧДД – 34 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичны. ЧСС – 100-130 в мин. АД – не определяется. С

о слов родственников ухудшение в состоянии больной развилось в течение 10 мин после укуса пчелы. Больная пожаловалась на резкую слабость, головокружение, ощущение жара во всем теле, затем появилось затруднение дыхания сухой кашель, гиперемия лица. Вслед за этим больная потеряла сознание. В анамнезе год назад у пациентки после укуса пчелы развилась крапивница, прошедшая после приема в течение 3-х дней супрастина.

Выделите клинические синдромы, определяющие тяжесть состояния больной. С какими критическими состояниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Какие неотложные медицинские вмешательства необходимо выполнить на данном этапе.

Диагноз?

Лечебно-тактические действия.

Какие возможны ошибки при выполнении терапевтических мероприятий?

Какие осложнения необходимо предвидеть?

Проведите экспертизу качества оказанной неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

34. В отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, поступил больной 45 лет, с DS: Флотирующий тромб нижней полой вены. Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Больному планируется выполнить ангиопульмонографию. Ранее больному не проводили рентгеноконтрастных исследований. После введения рентгеноконтраста состояние больного ухудшилось. Больной пожаловался на затруднение дыхания, потемнение в глазах. При осмотре: состояние тяжелое. Кожа гиперемирована, влажная. В легких аускультативно дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 120 в мин., АД – 80/60 мм.рт.ст.

Какие мероприятия необходимо выполнить для профилактики анафилаксии.

Диагноз?

Лечебные мероприятия?

Проведите экспертизу качества оказанной неотложной медицинской помощи.

35. Получен срочный вызов дежурного врача-педиатра к ребенку 3г 6 мес. При осмотре состояние ребенка крайне тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, цианотичные, частое поверхностное дыхание, "ловит воздух ртом", беспокоен.

Ребенок в течение 2-х недель находился на лечении в стационаре по поводу пневмонии. За время лечения состояние значительно улучшилось, но за несколько минут до вызова внезапно отмечалось ухудшение: резко усилилась инспираторная одышка, стал нарастать цианоз.

При аускультации слева дыхание проводится, справа значительно ослаблено, над правым легким коробочный оттенок перкуторного звука, правая половина грудной клетки отстает в дыхании.

pH = 7,17, pCO2= 62 мм рт.ст., pO2=36 мм рт.ст., BE – 7 ммоль/л.

Для какой патологии динамика изменения общего состояния и клинические признаки выраженной дыхательной недостаточности наиболее характерны:

Для подтверждения и уточнения диагноза какие исследования необходимо провести:

Какие первоочередные методы лечения и их последовательность целесообразно применить у этого ребенка:

Если изменить положение больного, то какому из них отдать предпочтение на этапе первой помощи:

При проведении дифференцильной диагностики синдрома внутригрудного напряжения, какие признаки позволят уточнить диагноз.

Проведите экспертизу качества оказанной неотложной медицинской помощи.

36. В хирургическое отделение поступил ребенок 5 дней жизни с подозрением на кишечную непроходимость. Ребенок родился с массой 2450 грамм на 35 неделе гестации, с оценкой по Апгар 6/8 баллов. После рождения ребенок кормился грудным молоком, периодически срыгивал створоженным молоком, а последние сутки срыгивания стали частыми с примесью желчи. После рождения отошел меконий, однако за последние двое суток стула не получено. При осмотре в отделении хирургии состояние ребенка тяжелое, вялый, на осмотр открывает глаза, плачет, проявляет умеренную общую двигательную активность. Большой родничок 2 х 2 см запавший. Температура тела 36,50С. Кожные покровы бедно-розового цвета, отмечается мраморноть, тургор тканей снижен, видимые слизистые бледно-розовые, суховатые. Дыхание ритмичное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца «хлопающие» ЧСС 170 в минуту, АД 70/45 мм.рт ст. Введен желудочный зонд, по которому получено 20 мл отделяемого с примесью желчи. Живот вздут, умеренно болезненный при пальпации, печень +2 см, селезенка не пальпируется. После клизмы стул не получен. Масса на момент осмотра 2250 грамм.

Данные лабораторных исследований:

биохимическое исследование крови калий 3,8 ммоль/л, натрий 131 ммоль/л, общий белок 69 г/л, мочевина 3,5 ммоль/л, сахар 2,1 ммоль/л.

КОС: pH 7,31, pCO2 36 ммHg, pO2 75 ммHg, BE -5, SB 19,1.

При проведении обследования (УЗИ и рентген) выявлена частичная кишечная непроходимость. Решено провести предоперационную подготовку в течение суток и далее хирургическую операцию.

Определите степень дегидратации:

Определите вид дегидратации.

Какие механизмы потери жидкости и электролитов у этого пациента?

Анализ КОС соответствует.

Интенсивная терапия для подготовки к операции включает.

При проведении предоперационной подготовки необходим мониторинг. Составьте план инфузионной терапии.

Перечислите документы, которые должен оформить анестезиолог-реаниматолог при лечении пациента.

37. Ребенок в возрасте 5 лет поступил в приемное отделение больницы с судорогами. Со слов родителей судороги возникли впервые.

При осмотре ребенок без сознания. Кожные покровы бледные, тризм жевательной мускулатуры, пенистое отделяемое изо рта. Дыхание 20 вдохов в минуту, ЧСС 121 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Зрачки узкие, D = S, реакция на свет вялая. После введения реланиума судороги прекратились.

Какие данные анамнеза необходимо выяснить у родственников?

Какие неотложные мероприятия необходимо провести в приемном отделении?

Какие пути введения противосудорожных препаратов можно использовать?

Назовите препарат выбора для купирования судорог у детей

Назовите дозу диазепама (реланиума) для купирования судорог

38. Ребенок в возрасте 2-х месяцев жизни находится на стационарном лечении в детском отделении с диагнозом: двухсторонняя пневмония. Отмечается ухудшение состояния, проявляющееся возникновением одышки до 65 в мин, бледностью кожных покровов с нарушением микроциркуляции, отказом от еды. Температура 37,8°С. При осмотре отмечаются клонические судороги.

В биохимическом анализе крови сахар 2,2 ммоль/л, мочевина 8,9 ммоль/л, калий 4,4 ммоль/л, кальций 1,8 ммоль/л, общий билирубин 15,6 мкмоль/л.

Назовите причины судорог у детей раннего возраста.

Назовите препарат выбора для купирования судорог

Навзовите дозу диазепама (реланиума) для купирования судорог

Какие биохимические показатели информативны для диагностики этиологии судорог у детей?

Изменения каких показателей биохимического анализа крови может быть причиной судорог у данного больного?

Перечислите документы, которые должен оформить анестезиолог-реаниматолог при лечении пациента.

39. Мужчина 30 лет страдающий бронхиальной астмой в течение многих лет. Обострение приступа бронхиальной астмы было не тяжелым, возникало при вдыхании атмосферных поллютантов и проходило самостоятельно при применении ингаляторов с использованием албутерола. В последнее время приступы астмы участились и пациент был госпитализирован в больницу.

При поступлении больной жалуется на одышку, чувство нехватки воздуха.

При осмотре: больной в сознании, отвечает на вопросы односложно (отдельными фразами), беспокоен, кожные покровы обычной окраски, цианоза нет.

При физикальном обследовании: ЧД 28 в мин., ЧСС 110 в мин. дыхание стридорозное дыхание, прослушивается во всех отделах легких свистящие хрипы. Кашель, одышка и свистящие хрипы, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, снижение скорости воздушного потока у рта 50% от нормы.

Пикфлоуметрия: пиковая скорость выдоха (ПСВ) составляет 150 (в норме 400 – 600).

РН – 7,40; раСО2 42 мм рт.ст., раО2 60 мм рт.ст.; пульсоксиметрия – 89%.

РИ- гипервоздушность легких, инфильтатов нет.

Температура тела 36,6 С.

ЭКГ – синусовая тахикардия.

Диагноз (стадия астмы: легкая, средняя, тяжелая, крайне тяжелая).

КОС и газы крови.

Определите показания к оксигенотерапии.

Перечислите необходимый комплекс интенсивной терапии и алгоритм лечения пациента при обострении астмы.

Определите показания и противопоказания к ранней реабилитации пациента.

40. Пациент 52 лет доставлен в ОРИТ с жалобами на сильную боль за грудиной, выраженной одышкой, кашель без выделения мокроты.

При осмотре – пациент в ясном сознании, цианоз кожных покровов, ЧД – 30 в мин., ЧСС 120 в мин., участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, одутловатость лица, при аускультации крепитация в легких, тоны сердца приглушены. АД 140/80 мм рт.ст.

Рентгенография легких: увеличение застойных явлений в легких, потеря четкости контуров сосудов, расширение силуэта сердца.

Газы крови: pH 7,50; paO2 55 мм рт.ст.; paCO2 – 28 мм рт.ст.

Мочевина 5 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л. калий 4,5 ммоль/л.

ЭКГ – признаки инфаркта миокарда.

Диагноз?

Нужна ли оксигенотерапия?

Имеются ли особенности оксигенотерапии?

Следует ли применять морфин и фуросемид?

Показано ли введение нитратов?

В каких случая применяют допамин?

В каких случаях необходима интубация трахеи и ИВЛ с высокой концентрацией O2?

41. Пациент 70 лет жалуется на выраженную одышку, чувство нехватки воздуха, не может откашливать мокроту. Из анамнеза из слов родственников больной страдает одышкой в течении многих лет, что связывают с применением длительного табакокурения. В последние дни состояние больного резко ухудшилось, появился цианоз, не может сделать полный вдох и выдох. В этой связи больной госпитализирован машиной скорой помощи в ОРИТ.

При осмотре больной в сознании, резкая одышка в покое, цианоз лица и кожных покровов, не может говорить, непродуктивный кашель. ЧД 30 в мин., ЧСС – 120 в мин., АД – 155/88 мм рт.ст., свистящие хрипы. Температура тела 37,4 С.

При пульсоксиметрии SpO2 87%, при исследовании газов крови pH – 7,30, paO2 50 мм рт.ст., paCO2 50 мм рт.ст.

РИ: хронические изменения, обусловленные увеличением прозрачности легочных полей, эмфиземы, низкое расположение куполов диафрагмы, возможно пневмония.

ЭКГ: снижение вольтажа QRS, перегрузка или гипертрофия правых отделов.

Диагноз?

Нужна ли оксигенотерапия?

Следует ли назначить броходилататроную терапию?

Нужны ли антибиотики?

В каких случаях используют эуфиллин?

Может ли потребоваться вентиляционная поддержка?

Показания и противопоказания к ранней реабилитации.

Документы, оформляемые анестезиологом-реаниматологом

42. В приемное отделение доставлен мужчина 38 лет, с жалобами на рвоту алой кровью в течение дня.

Данные анамнеза. В анамнезе язвенная болезнь желудка.

Данные объективного обследования. Больной в сознании, ориентирован, заторможен, кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом, конечности холодные. АД - 90/60 мм.рт.ст., ЧСС - 120 уд/мин, ЦВД 50 мм.вод.ст.

Назовите возможное осложнение основного заболевания?

Каков патогенез развития данного осложнения?

Какие мероприятия необходимо провести при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе?

Перечислите документы, оформляемые анестезиологом-реаниматологом

43. В приемное отделение «самотеком» родителями доставлен ребенок 2-х лет в очень тяжелом состоянии. Со слов родителей ребенок играл самостоятельно без их присмотра. Они обнаружили его за 1 час до поступления в клинику с выраженными изменениями общего состояния, которые выражались в нарушении и шаткости походки и координации, ребенок стал вялым, адинамичным, отказывался от еды, стал сонливым. Затем ребенок заснул, разбудить его родители не смогли.

При осмотре кожные покровы бледные, мышечный тонус снижен. Гипорефлексия. На осмотр реакции нет. На сильный болевой раздражитель появляется двигательная защитная реакция. Разбудить ребенка не удается. Зрачки средней величины, симметричны с вялой реакцией на свет. Дыхание самостоятельное. Брадипное с частотой до 10-12 в минуту. Пульс около 70, ритмичный, хорошего наполнения.

Назовите форму нарушения сознания:

Для какой патологии динамика изменения общего состояния и клинические признаки выраженного угнетения функции ЦНС наиболее характерны:

Для подтверждения и уточнения диагноза какие исследования необходимо провести?

Какие методы лечения целесообразно использовать у этого ребенка на начальном этапе лечения (в приемном покое)?

Какие виды лекарственных и медикаментозных средств при передозировке или отравлении ими могут вызвать подобные изменения клинической картины.

Определите показания и противопоказания к проведению экстракорпоральной детоксикационной терапии.

Проведите экспертизу возникшего состояния и назовите документы, которые необходимо заполнить при оказании неотложной помощи и проведении интенсивной терапии.

44. Ребенок в возрасте 8 лет поступил в приемное отделение детской больницы после автотравмы. При поступлении состояние ребенка очень тяжелое. Без сознания. Кожные покровы резко бледные, конечности холодные с выраженными микроциркуляторными нарушениями. Мышечный тонус снижен. Анизокория, фотореакция очень вялая. Периодически клонические судороги в конечностях. Дыхание поверхностное, ЧД 10 в мин. В легких дыхание проводится хорошо над всей поверхностью. Тоны сердца глухие,

ритмичные, ЧСС 160 в мин., АД 60/40. Живот не вздут, но резко болезненный, напряженный. Перистальтика не выслушивается. При катетеризации мочевого пузыря – оттока мочи нет.

Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка на момент поступления?

Какие неотложные мероприятия необходимо выполнить в первую очередь?

С чего необходимо начинать лечение травматического шока?

Какие растворы будут стартовыми при лечении травматического шока?

Какие критерии адекватности, проводимой инфузионной терапии?

Назовите документы, необходимые для заполнения врачом анестезиологомреаниматологом при оказании экстренной помощи пациенту с травмой.

45. Женщина К., 68 лет была доставлена в отделение реанимации.

При поступлении: сознание - кома 1 степени, состояние тяжелое. Контакт с больной ограничен. Реакция на болевые раздражения сохранена, в ответ на них совершает сгибательные и разгибательные движения дистонического характера, глаза на боль не открывает. Зрачковые и роговичные рефлексы сохранены, брюшные - угнетены, сухожильные - вариабельны. Наблюдаются патологические рефлексы стоп. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные, сухие. Температура тела 34,6 0С. Тонус мышц снижен. Тоны сердца глухие, аритмичные. АД - 60/40 мм. рт. ст. ЧСС - 20 уд/мин.

В течение 20 лет страдает артериальной гипертензией. Принимает амлодипин по 5мг 2 р/д. В период с 12.00 до 14.00 ч женщина приняла около 15 таблеток амлодипина с целью снизить давление, купировать головную боль и боль в области сердца. Через час состояние ухудшилось. Появились сердцебиение, головокружение, тошнота, одышка, чувство страха, тревоги. Сразу вызвала бригаду скорой медицинской помощи. На догоспитальном этапе: сознание - умеренное оглушение. Речевой контакт сохранен, отвечает с задержкой. Больная вялая, сонливая. Ориентация в окружающей обстановке, месте и времени неполная. Кожа и слизистые оболочки бледные, сухие. АД -90/60 мм. рт. ст. ЧСС - 40 уд/мин. На ЭКГ: синусовая брадикардия, аритмия. При транспортировке в отделение реанимации больная потеряла сознание.

Установить диагноз.

Принципы диагностики.

Принципы интенсивной терапии.

Проведите экспертизу полученного отравления, в том числе экспертизу наличия химических соединений в крови.

Назовите документы, необходимые для заполнения врачом анестезиологом-реаниматологом при оказании экстренной помощи пациенту с травмой.

Перечень практических заданий (1 этап)

1. Расширенная сердечно-легочная реанимация.

2. Экстренная медицинская помощь при травме и кровотечениях.

3. Анестезиологическое пособие в условиях политравмы, нестабильной гемодинамки, шока.

4. Анестезиологическое пособие в условиях нестабильной гемодинамики с осложнием в виде остановки кровообращения.

5. Анестезиологическое пособие при абдоминальных операциях.

6. Анестезиологическое пособие при торакальной операции.

7. Диагностика и лечение аритмий.

8. Диагностика и лечение тромбоэмболии легочной артерии.

9. Диагностика и лечение острого инфаркта миокарда.

10. Диагностика и лечение нестабильной стенокардии и острого коронарного синдрома.

11. Диагностика и интенсивная терапия декомпенсированной хронической сердечной недостаточности.

12. Диагностика и лечение тяжелой пневмонии.

13. Диагностика и лечение отека легких.

14. Диагностика и лечение приступа тяжелой бронхиальной астмы и астматического статуса.

15. Интенсивная терапия при утоплении.

16. Интенсивная терапия пациентов с сочетанной травмой.

17. Интенсивная терапия пациентов с кровопотерей.

18. Диагностика и интенсивная терапия пациентов с геморрагическим (гиповолемическим) шоком.

19. Диагностика и интенсивная терапия пациентов с кардиогенным шоком.

20. Диагностика и интенсивная терапия пациентов с дистрибутивным шоком.

21. Диагностика и интенсивная терапия пациентов с анафилактическим шоком.

22. Диагностика и интенсивная терапия пациентов с инфекционно-токсическим.

23. Интенсивная терапия у пациентов в коматозном состоянии.

24. Интенсивная терапия у пациентов в токсикологии и с инфекционными заболеваниями

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии.

Тестовые задания (2 этап)

1.Концентрация кислорода измеряется с помощью

A. инфракрасного поглощения

B. электродом Северингхауза

C. по числу Рейно

D. масс-спектрометрией

2.Петля давления-объема может измерять

A. податливость легких

B. резистентность воздушных путей

C. функциональную остаточную емкость

D. объем закрытия

3.Осмоляльность плазмы
A. уменьшается при острой олигурической почечной недостаточности
B. может быть измерена по снижению точки замерзания
C. не может использоваться вместо осмолярности для клинических целей
D. в норме 50 mosm/кг

4.Осмолярность плазмы в норме составляет:
A. 205 мосмоль
B. 230 мосмоль
C. 290 мосмоль
D. 320 мосмоль
E. 340 мосмоль

5.Повышенный бикарбонат плазмы связан с
A. почечной недостаточностью
B. пилоростенозом
C. несахарным диабетом
D. гиперкалиемией
E. печеночной недостаточностью
6.Наиболее достоверным признаком клинической смерти является:
A. патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз
B. отсутствие сознания
C. расширение зрачков
D. отсутствие зрачкового рефлекса
E. отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях

7.При тампонаде сердца не наблюдается
A. повышение центрального венозного давления
B. систолический шум
C. цианоз
D. парадоксальный пульс
E. повышение легочного капиллярного давления заклинивания (PCWP)

8.Наибольшую угрозу для жизни из-за возможной трансформации в фибрилляцию желудочков представляет
A. аритмия
B. желудочковые экстрасистолы более 20 в минуту
C. желудочковая тахикардия
D. аритмии,сочетающиеся с удлинением внутрижелудочковой проводимости и блокадой левой ножки пучка Гиса
E. мерцательная аритмия

9. При гиповолемическом типе кровообращения для повышения сердечного выброса

не следует применять:

A. плазмозаменители

B. сердечные гликозиды

C. симпатомиметики

D. бета-блокаторы

E. кортикостероиды

10.Наиболее выраженный положительный инотропный эффект при кардиогенном шоке наблюдается при введении:

A. норадреналина

B. допамина

C. дигоксина

D. изадрина

E. эфедрина

11.При остром респираторном дисстресс синдроме:

A. общая легочная вода уменьшена

B. функциональная остаточная емкость повышена

C. гипоксемия отвечает на повышение FiO2

D. причиной может быть почечная недостаточность

E. легочное артериальное давление повышено

12.Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция легких (SIMV)

A. полезна у больных в состоянии апноэ

B. принудительные вдохи чередуются со вспомогательными вдохами

C. используется при отлучении больного от вентилятора

D. не требует клапанов в дыхательном контуре

13.У больного с массивной пневмонией определены следующие показатели кислотнощелочного состояния: pH-7.2, BE-0;pCO2-70 мм рт.ст.; pO2-55 мм рт. ст. Это связано:

A. с дыхательным алкалозом

B. с дыхательным ацидозом

C. с метаболическим ацидозом

D. с метаболическим алкалозом

14.Для больных механической желтухой характерны изменения центральной гемодинамики в виде:

A. увеличения ударного объема

B. увеличения минутного объема

C. снижения работы левого желудочка

D. увеличения общего периферического сопротивления

E. увеличения объема циркулирующей крови

15. При лечении послеоперационного тиреотоксического криза показано применение
A. седации
B. плазмафереза
C. кортикостероидов
D. пропранолол (анаприлин)

16. Для проявлений тяжелого диабетического кетоза не характерно
A. увеличение анионной разницы (anion gap)
B. кетонурия
C. гипервентиляция
D. гемоконцентрация

17.Для тиреотоксического криза не характерно:
A. ощущение жара в теле
B. бронхоспазм
C. абдоминальные боли
D. аритмия
E. кома

18. Гормоном коры надпочечников, в значительной степени не зависящим от влияния гипофиза, является
A. альдостерон
B. АКТГ
C. гидрокортизон
D. кортизон
E. тестостерон

19. Альдостерон контролирует:
A. потери Na+ и задержку K+
B. задержку Na+ и потери K+
C. потери воды
D. транспорт углекислого газа
E. обмен кислорода

20. Для преренальной недостаточности на ранней стадии не характерно олигурия
A. удельный вес мочи выше 1020
B. концентрация натрия в моче меньше 15 мэкв/Л
C. повышение креатинина в плазме
D. pH мочи менее 4.0

21. При почечной ишемии
A. объем мочи повышается
B. натрий мочи повышается
C. креатинин мочи повышается
D. почечный “мозговой” слой поражается больше, чем корковый

E. добутамин улучшает выработку мочи опосредованно через гемодинамику

22. Периоперативная олигурия бывает из-за

A. освобождения АДГ

B. стимуляции освобождения альдостерона

C. гистаминового эффекта

D. специфического эфекта анестезии на почечные канальцы

E. гипергликемии

23. У 62х летнего больного в течение 2х суток после резекции кишки имеется олигурия. Какой признак дает основание заподозрить развитие острого тубулярного некроза?

A. натрий в моче 10 ммоль/л

B. удельный вес мочи 1024

C. высокий лейкоцитоз

D. калий в плазме 6.4 ммоль/л

E. соотношение креатинина в моче/плазме более 40

24. Гиповентиляционный синдром при ожирении характеризуется патологическими нарушениями, включающими снижение

A. податливости (compliance) легких-грудной клетки

B. концентрации бикарбоната плазмы

C. резистентности воздушных путей

D. работы дыхания

E. объема закрытия

25. Больному с митральным стенозом предстоит экстренная операция по поводу перитонита. При анестезии следует в первую очередь опасаться

A. гипертонического криза

B. отека легких в ответ на инфузионную терапию

C. коллапса вследствие падения сосудистого сопротивления

D. эмболии легочной артерии

26. При тяжелой закрытой ЧМТ:

A. ВЧД зависит от артериального кровяного давления

B. повышение ВЧД прямо пропорционально приложенному PEEP

C. фиксированные дилятированные зрачки всегда указывают на тяжелую травму мозга

D. лечение включает гипервентиляцию с PaCO2 3,0 kPa(23 mm Hg)

E. истечение цереброспинальной жидкости должно быть остановлено немедленно

27. Повышенное внутричерепное давление уменьшается под действием

A. маннитола внутривенно

B. кетамина

C. недеполяризующих миорелаксантов

D. сукцинилхолина

28. Методы снижения внутричерепного давления включают
A. нитропруссид натрия
B. вентрикулярный дренаж
C. изофлюран
D. нимодипин

29. Внутривенное применение барбитуратов противопоказано
A. при эпилептических судорогах
B. при состоянии возбуждения
C. при судорожном синдроме, вызванном оксибутиратом натрия
D. при сердечно-сосудистом коллапсе
E. при тонических судорогах

30. Внутриглазное давление не снижается под действием
A. гипокапнии
B. фторотана
C. кетамина
D. морфина
E. недеполяризующих нейромышечных блокаторов

31. Атропин применяется как антидот при отравлении
A. инсулином
B. амитриптилином
C. ФОС
D. этиленгликолем, метиловым спиртом
E. тяжелыми металлами
32. Прозерин, эзерин с применяются как антидоты при отравлениях
A. инсулином
B. амитриптилином
C. ФОС
D. этиленгликолем, метиловым спиртом
E. тяжелыми металлами

33. Системная токсичность местных анестетиков не увеличивается при
A. гипоксии
B. добавлении вазоконстриктора
C. ацидозе
D. гипопротеинемии
E. печеночной недостаточности

34. Касательно использования спинально опиоидов
A. 2-6 мг является подходящей дозой для эпидурального морфина у взрослого весом 70 кг

B. 2-3 мг является подходящей дозой для интратекального морфина у взрослого весом 70 кг

C. депрессия дыхания не может быть прекращена внутривенным введением налоксона

D. чем выше связывание с белками плазмы, тем больше способность проникать через гематоэнцефалический барьер

E. ни одно утверждение не верно

35. Следующее верно в отношении триады анестезии

A. один из компонентов - стабилизация нейро-эндокринных показателей

B. один из компонентов - угнетение вегетативных рефлексов

C. один из компонентов - мышечная релаксация

D. эфир не обеспечивает все три компонента триады

36. Ремедикация опиоидами

A. снижает общие периоперационные потребности в опиоидах

B. не может быть проведена приемом таблеток внутрь

C. противопоказана у детей

D. замедляет эвакуацию из желудка

E. улучшает печеночный клиренс анестетических агентов

37. Эффективность работы абсорбера по поглощению CO2 зависит в первую очередь

A. от длины абсорбера

B. от количества натронной извести

C. от количества водяных паров в выдыхаемом воздухе

D. от сопротивления газотоку, которое он создает

E. от качества натронной извести, объема и распределения газа в абсорбере

38. К натронной извести добавляют кремнезем с целью:

A. увеличить твердость

B. повысить абсорбцию

C. повысить щелочность

D. повысить активность

E. увеличить регенерацию 3

39. Наибольшей аналгетической активностью обладает:

A. тиопентал

B. калипсол

C. дипривaн

D. гипномидат

E. гексенал

40. ГОМК:

A. опасно применять при гипокалиемии

B. обладает токсическим действием

C. при выходе из наркоза возможно возбуждение

D. вызывает тошноту и рвоту

E. угнетает дыхание

41. Проведение декураризации целесообразно при соблюдении следующих условий

A. при неполном восстановлении нервно-мышечной проводимости и появлении самостоятельного дыхания

B. при полной блокаде нервно-мышечной проводимости

C. через 20 минут при отсутствии спонтанной вентиляции

D. сразу же по окончании наркоза независимо от степени восстановления спонтанного дыхания

42. Средняя потребность в O2 у взрослого человека составляет:

A. 150- 200 мл/мин

B. 250- 300 мл/мин

C. 500- 600 мл/мин

D. 700- 800 мл/мин

43. Кислородная емкость 100 мл крови при Нв 15 г% составит при обычных условиях:

A. 16,2 см3 O2

B. 20,1 см3 O2

C. 28,2 см3 O2

D. 35,4 см3 O2

E. 40,0 см3 O2

44. Минутная продукция CO2 в норме у взрослого человека составляет:

A. 100 см3/мин

B. 200 см3/мин

C. 400 см3/мин

D. 500 см3/мин

E. 700 см3/мин

45. Количество кислорода, которое связывает 1 г гемоглобина составляет:

A. 0,53 см3

B. 1,34 см3

C. 1,90 см3

D. 3,31 см3

E. 9,10 см3

46. Напряжение O2 в альвеолярном воздухе составляет:

A. 40- 46 мм рт ст

B. 50- 56 мм рт ст

C. 60- 66 мм рт ст

D. 100-108 мм рт ст

E. 140-180 мм рт ст

47. Касательно осмоса: выберите неправильное утверждение:

A. осмолярность определяет число осмолей на 1 литр раствора

B. растворы одинаковой концентрации (грамм/литр) имеют одинаковую осмолярность

C. чем выше осмолярность, тем ниже точка замерзания

D. снижение давления паров растворителя пропорционально молярной концентрации раствора

E. вклад белков плазмы в осмолярность плазмы составляет около 1 mOsmol/литр

48. Касательно диффузии: выберите неправильное утверждение:

A. закон Фика соотносит скорость диффузии к концентрационному градиенту

B. на клеточном уровне равновесие углекислоты наступает менее чем через 0,1 сек

C. скорость диффузии большинства испаримых анестетиков одинакова с углекислотой

D. окись углерода используется для измерения легочной диффузионной способности

E. скорость диффузии вещества прямо пропорциональна его молекулярному размеру

49. Ожог кожи при использовании обычного монополярного электрокоагулятора маловероятен, если имеет место

A. дефект изоляции преобразователя

B. внезапное повышение вольтажа на линии

C. плохой контакт с пластиной заземления

D. не заземленный операционный стол

E. использование высокого тока при коагуляции

50. Кислородные концентраторы

A. отделяют кислород от остальных составляющих воздуха

B. используют молекулярное сито из силиката алюминия (zeolite)

C. способны образовывать только примерно 40% кислород при скорости потока 3 л/мин

D. основаны на одновременной работе двух и более сепараторных колонок для постоянного образования кислорода

E. не требуют источника энергии

51. Каким основным недостатком статических показателей волемии является

A. не дают информации о функциональном состоянии миокарда

B. дорогостоящие

C. не доступны в клинической практике

D. сложны в интерпретации

E. не обеспечивают точные и воспроизводимые данные

52. Почему пациент, находящийся в отделении реанимации и ИТ испытывает белковоэнергетическую недостаточность?:

A. вследствие развития стрессового голодания

B. из-за недостаточного питания при поступлении

C. рацион питания больного съедают на кухне

53. Выход органических осмолитов из клетки происходит при ранней (до 24 часов) или поздней (более 24 часов) адаптации клетки в условиях гипонатриемии

A. при ранней

B. при поздней

C. происходит непрерывно

54.Терапевтическое окно для введения тромболитического препарата альтеплаза при любой локализации полушарного ишемического инсульта составляет 4 часа

A. верно

B. неверно

C. не имеет значения

55. При постоянной форме фибрилляции предсердий для купирования выраженной тахикардии следует использовать

A. Бета-блокаторы

B. Амиодарон

C. Лидокаин

D. Электро-импульсную терапию

56. Какие факторы ВТЭО у беременных выделяют?

A. Основные и дополнительные

B. Главные и не главные

C. Первичные и вторичные

57. Можно ли использовать энтеральное питание как единственный метод профилактики образования стресс-язв

A. можно

B. нельзя

58. Почему энтеральный путь введения пищевых субстратов предпочтительнее

A. улучшается доставка питательных субстратов пациенту

B. снижаются затраты на питание и больше денег тратится на медицинские препараты

C. кишка, получая питание от пищевого комка, проходящего по ней сохраняет свою целостность, и тем самым предотвращается бактериальная транслокация из кишечника в системный кровоток

59. Для чего используется ИВЛ при кардиогенном отеке легких

A. При отеке легких ИВЛ проводить нельзя

B. ИВЛ не оказывает влияния на кардиогенный отек легких

C. ИВЛ создает ощущение дискомфорта у пациента с отеком легких

D. ИВЛ используется для лечения кардиогенного отека легких

60. Антигистаминные препараты

A. уменьшают концентрацию гистамина в крови
B. вытесняют гистамин из клеток
C. противостоят фармакологической активности гистамина
D. активируют фермент гистаминазу
E. подавляют активность гистаминазы

61. Причиной угнетения дыхания при внутривенном введении барбитуратов является
A. депрессия коры
B. депрессия каротидного синуса
C. снижение чувствительности дыхательного центра к CO2
D. снижение чувствительности каротидных телец к CO2
E. снижение чувствительности дыхательных телец к O2

62. Норадреналин
A. снижает диастолическое давление
B. вызывает рефлекторную тахикардию
C. снижает среднее артериальное давления
D. является агонистом альфа-1 адренорецепторов

63. Применение отмытых эритроцитов вместо цельной крови:
A. приводит к уменьшению вводимого антигена и безопасность трансфузии вследствие удаления вредных факторов ИЗО агглютинации
B. повышает содержание эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов
C. выгодно вследствие удлинения на 50% срока хранения по сравнению с цельной кровью
D. увеличивает агрегацию лейкоцитов

64. Препараты, не проникающие через плаценту
A. глюкоза
B. сердечно-сосудистые средства
C. атропин
D. гепарин

65. Плацентарный кровоток
A. не зависит от среднего АД
B. имеет местную ауторегуляцию
C. снижается при гипоксии
D. повышается изофлюраном

66. Факторы гуморального иммунитета
A. пиноцитоз
B. комплемент
C. иммуноглобулины
D. микрофаги
E. лейкоциты

67. Для оценки степени дегидратации больных острыми кишечными инфекциями наиболее информативны следующие лабораторные показатели

A. гемоглобин и количество эритроцитов

B. гематокрит и концентрация электролитов крови

C. гемоглобин и гематокрит

D. удельный вес мочи

E. темп диуреза

68. Наибольшее расширение церебральных сосудов вызывает

A. эфир

B. фторотан

C. барбитураты

D. повышение pCO2

E. снижение pO2

69. Недостаточная ретракция кровяного сгустка наступает

A. при снижении уровня белка в крови

B. при выраженной тромбоцитопении

C. при анемии

D. при гиперфибриногенемии

E. при гипертромбоцитозе

70. Гипофибриногенемия возникает

A. при опухолях почек

B. при ДВС-синдроме в стадии коагулопатии потребления

C. при дефиците одного или нескольких факторов протромбинового комплекса (II, V, VII, X)

D. при инфаркте миокарда

71. Факторами клеточного иммунитета считаются:

A. фагоцитоз

B. иммуноглобулины

C. лизоцим

D. лимфоциты

72. В отношении внутренней яремной вены все правильно, за исключением:

A. выносит кровь из полости черепа и органов шеи

B. расположена медиальнее внутренней сонной артерии

C. впадает в подключичную вену

D. имеет клапаны E. в нее впадают язычная, глоточная, лицевая и щитовидная вены

73. В отношении бедренной артерии все правильно, за исключением

A. лежит кнаружи от бедренной вены

B. проходит в бедренном треугольнике

C. является продолжением наружной подвздошной артерии

D. переходит на переднюю поверхность голени

E. лежит медиальнее бедренной вены

74. Спинной мозг имеет два утолщения:

A. в шейном и грудном отделе

B. в шейном и поясничном отделе

C. в грудном и поясничном отделе

D. в грудном и крестцовом отделе

E. в поясничном и крестцовом отделе

75. Ориентиром для пункции подключичной вены надключичным доступом являются:

A. ключица и грудинная головка кивательной мышцы

B. ключица и латеральный край грудинной головки кивательной мышцы

C. ключица и подъязычно-щитовидная мышца

D. ключица и большая грудная мышца

76. Основными этапами пункции подключичной вены являются все перечисленные, кроме

A. положение Тренделенбурга для предупреждения воздушной эмболии

B. голову ротируют в противоположную сторону

C. пункцию производят под углом 45° к горизонтальной и сагитальной проекции

D. иглу медленно продвигают на глубину 2.5 см вдали от купола плевры до момента уменьшения сопротивления игле и появления крови в шприце

E. пункцию начинают с левой стороны

77. Для стерилизации анестезиологического оборудования справедливо

A. 15-и минутное кипячение в воде при атмосферном давлении убивает споры бактерий

B. гамма излучение эффективный метод стерилизации

C. этанол оксид полностью стерилизует за 2 часа

D. раствор хлоргексидина стерилизует эндотрахеальные трубки за 3 минуты

78. Препараты, повышающие барьерное давление в желудочно-пищеводном соустье

A. дроперидол

B. атропин

C. метоклопрамид (церукал)

D. фентанил

79. Рвотный центр располагается

A. в базальном ганглии

B. в центральной извилине

C. в мозжечке

D. в продолговатом мозге, в нижней части оливкового ядра

E. в продолговатом мозге, в области солитарного пучка и прилежит к латеральной части ретикулярной формации

80. Длина правого бронха у взрослого составляет:
A. 1-1.5 см
B. 2-3 см
C. 5-6 см
D. 7-8 см
E. 9-10 см

81. На раздражение блуждающего нерва гладкая мускулатура бронхов реагирует:
A. бронхоконстрикцией
B. бронходилатацией
C. вначале констрикцией, а затем дилатацией
D. вначале дилатацией, а затем констрикцией
E. изменений не происходит

82. Ветви наружной сонной артерии включают в себя, кроме
A. поверхностную височную артерию
B. верхнечелюстную артерию
C. восходящую глоточную артерию
D. затылочную артерию
E. нижнечелюстную артерию

83. В нормальной электрокардиограмме QT интервал
A. измеряется от начала зубца Q до конца зубца T
B. укорочен при гипокальциемии
C. удлиняется под действием дигиталиса
D. удлинен при гиперкалиемии

84. К причинам развития мерцательной аритмии не относится
A. митральный стеноз
B. алкогольная кардиомиопатия
C. ишемия миокарда
D. интоксикация дигоксином

85. К веществам, отягощающим легочную гипертензию, относятся
A. диазепам
B. фуросемид
C. морфин
D. кетамин
E. пропофол (дипривaн)

86. К гормонам коры надпочечников, влияющим на углеводный, жировой и белковый обмен, относятся

A. дезоксикортикостерона ацетат (ДОКСА)
B. кортизон
C. эстрадиол
D. все перечисленные гормоны

87. Гипофиз влияет на секреторную функцию
A. гипоталамуса и коркового слоя надпочечников
B. мозгового вещества надпочечников
C. поджелудочной железы

88. При миастении противопоказан:
A. прозерин
B. гексенал
C. атропин
D. сукцинилхолин
E. кетамин

89. Причиной уменьшения расхода анестетиков при проведении анестезии у лиц пожилого и старческого возраста является все, кроме
A. изменение функциональных свойств клеток ЦНС
B. снижение мозгового кровотока
C. снижение обмена
D. атеросклеротиические изменения сосудов

90. При порфирии противопоказаны:
A. опиаты
B. барбитураты
C. фторотан
D. симпатомиметики

91. Важные причины, лимитирующие приспособительные возможности сердца у пожилых в экстремальных ситуациях, кроме
A. изменения в синусо-предсердном узле
B. атеросклеротические изменения сосудов
C. снижение ударного объема сердца
D. повышение артериального давления

92. Конкурентный антагонизм:
A. обычно направлен на конкуренцию с ферментами на месте действия лекарства
B. истинный в конкуренции цианидов за цитохромную систему
C. истинный в отношении бета-адреноблокаторов и симпатомиметических аминов
D. возможен, только если рецепторы полностью заняты

93. Факторы, связанные с акклиматизацией на большой высоте включают
A. увеличение способности переноса кислорода

B. снижение минутного объема дыхания
C. снижение выброса сердца
D. уменьшение частоты сердечных сокращений
E. уменьшение вязкости крови

94. Протамин сульфат в дозе 1 мг нейтрализует
A. 2500-5000 ЕД гепарина
B. 1000-1500 ЕД гепарина
C. 80-100 ЕД гепарина
D. 70-50 ЕД гепарина

95. Не следует вводить внутривенно одномоментно протамин сульфат более
A. 250 мг
B. 150 мг
C. 100 мг
D. 50 мг

96. Суточная потребность в белках рассчитывается по следующим компонентам, кроме
A. по количеству белка в плазме
B. по экскреции азота с мочой
C. по потреблению O2
D. По выделению CO2

97. Показания к госпитализации в отделение реанимации определяет
A. главный врач больницы
B. зам. главного врача по лечебной части
C. профильный дежурный специалист приемного отделения
D. зав. отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач
E. зав. профильным отделением

98. Продолжительность клинической смерти без проведения реанимационных мероприятий при обычных условиях внешней среды составляет
A. 1 мин
B. 3 мин
C. 5 мин
D. 15 мин

99. Тройной прием Сафара предназначен для
A. устранения западения корня языка
B. профилактики аспирации желудочного содержимого
C. удаления инородного тела из дыхательных путей
D. стабилизации шейного отдела позвоночника

100. Генерализованная лимфаденопатия бывает при

A. краснухе
B. туберкулезе
C. диссеминированной красной волчанке

101. После внутривенного применения гепарина период его полувыведения (снижение концентрации на 50% в крови), как правило, составляет:
A. 30 мин
B. 60 мин
C. 1-2 ч
D. 150-210 мин
E. 4-6 ч

102. Выведение полиглюкина из организма включает следующие механизмы, кроме
A. выведение почками
B. частичное поглощение клетками ретикуло-эндотелиальной системы
C. активного разрушения в печени

103.Бревиблок (лабеталол)
A. агонист бета-адренорорецепторов
B. агонист альфа-1 адренорецепторов
C. суживает афферентные почечные артериолы
D. атагонист ангиотензина
E. уменьшает потребность миокарда в кислороде

104. Инсулин
A. увеличивает образование гликогена
B. возбуждает глюконеогенез
C. уменьшает синтез белка
D. повышект концентрацию калия в сыворотке
E. уменьшает синтез жира

105. При бронхиальной астме
A. прогноз заболевания не зависит от возраста, в котором началось заболевание
B. лечение стероидами начинается до развития тяжелой формы астмы
C. механическая вентиляция легких безопасна у тяжелых астматиков
D. может использоваться для обеспечения пациенту отдыха ночью

106. Для повышения онкотического давления крови при лечении отека легких применяют:
A. стимуляцию диуреза салуретиками
B. стимуляцию диуреза осмотическими диуретиками
C. инфузию кристаллоидов
D. инфузию коллоидов

107. У пациента в состоянии астматического приступа угрожающими признаками

являются:

A. обструкция бронхиол и появление немых зон при аускультации

B. понижение парциального напряжения CO2

C. PaO2 более 60 мм рт. ст.

D. развитие респираторного алкалоза

108. При остром респираторном дисстресс-синдроме происходит

A. повышение альвеолярной вентиляции

B. снижение альвеолярно - артериального PO2 градиента

C. снижение активности легочного сурфактанта

D. повышение податливости (compliance) легких

E. снижение сопротивления воздушных путей

109. К поздним осложнениям длительной интубации через рот нельзя отнести

A. гранулему

B. стеноз трахеи

C. повреждение возвратного гортанного нерва

D. бронхоплевральную фистулу

E. дисфонию

110. Показанием для вентиляции у пациента с острым полиневритом (синдромом GuillainBarre) является

A. форсированная жизненная емкость менее 20 мл/кг

B. общая легочная емкость менее 3 литров

C. потеря гортанных рефлексов

111. Синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция (SIMV)

A. полезна при ресуситации новорожденных

B. может быть использована с постоянным повышенным давлением в дыхательных путях (CPAP)

C. достигается при введении полузакрытого дыхательного контура (rebreathing)

D. не может использоваться вместе с поддержкой инспираторного давления

E. является методом, при котором спонтанные дыхательные движения не используются для включения вентилятора

112. Положительное давление в конце выдоха (PEEP) уменьшает

A. внутригрудной объем крови

B. PaCO2

C. функциональную остаточную емкость

D. внутричерепное давление

E. легочное капиллярное давление заклинивания (wedge)

113. Показаниями к переводу больного с отеком легких на искусственную вентиляцию легких являются все, кроме

A. гипоксическая кома

B. pO2 ниже 60 мм рт. ст., pCO2 выше 60 мм рт. ст.

C. снижение АД ниже 90 мм рт. ст.,тахикардия более 120 в минуту

D. частота дыхания более 40 в минуту

E. PvO2 более 50 мм рт ст

114. У 20-летнего пациента после приступа кашля появилась резкая боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, одышка. Дыхательные шумы справа не прослушиваются, перкуторно - высокий тимпанический звук. Ему необходимо

A. трахеостомия

B. дыхание с положительным перемежающимся давлением 100% O2

C. дренирование плевральной полости

D. интубация трахеи

E. аспирация слизистой пробки из правого главного бронха

115. При лечении пароксизмальной предсердной тахикардии не применяют

A. антагонисты бета-адренорецепторов

B. электрическую кардиоверсию

C. давление на каротидный синус

D. лидокаин

E. верапамил

116. У вентилируемого больного с отеком легких при низком давлении и септическим шоком внутривенная инфузия 7,5 мкг/кг/мин допамина увеличит все, кроме

A. PaO2 , насыщение кислородом смешанной венозной крови, потребление кислорода

B. мочеотделение

C. сердечный выброс

D. дыхательного объема

117. Высокое венозное давление, гипотензия и острая циркуляторная недостаточность бывают при следующих ситуациях, кроме

A. напряженном пневмотораксе

B. эмболии легочной артерии

C. венозной воздушной эмболии

D. пневмонии

118. При лечения эклампсии НЕ следует применять

A. внутривенно лабеталол (бревиблок)

B. эпидуральную анестезия

C. внутривенно сульфат магнезии

D. внутривенно фенитоин

E. регидратацию безсолевыми растворами

119. Среди поздних признаков септического шока не является характерным

A. диссеминированное внутрисосудистое свертывание

B. гемоконцентрация

C. метаболический ацидоз

D. повышенное потребление кислорода

E. артериальная гипоксемия

120. Препарат, эффективный при лечении разлитого перитонита без сочетания с антибиотиком, обладающим высокой активностью против анаэробов

A. цефтриаксон

B. ванкомицин

C. ципрофлоксацин

D. тиенам

E. амикацин

121. Клиническими симптомами острого перорального отравления медным купоросом НЕ являются

A. гастроэнтероколит, токсическая гепатопатия

B. нарушения гемодинамики (экзотоксический шок), гемолиз

C. слепота

D. ранние нарушения дыхания

122. Диагноз алкогольной интоксикации может быть поставлен на основании комплекса симптомов:

A. потери сознания, преходящей анизокории, миофибрилляции, гиперсаливации, гипертонуса сгибательной мускулатуры, тахикардии, непроизвольного мочеиспускания и дефекации

B. потери сознания, анизокории, брадикардии, односторонней арефлексии и атонии сгибательной мускулатуры

C. потери сознания, миоза, миофибрилляции, брадикардии, гиперсаливации, бронхореи, гипертонуса сгибательной мускулатуры

D. потери сознания, гиперемии лица,сухости слизистых и кожных покровов, мидриаза, тахикардии

123. Причины железодефицитной анемии включают

A. талассемию

B. кровотечение

C. уремию

124. «Болезнь легионеров» сопровождается развитием следующих симптомов, кроме

A. пневмонии, диарреи

B. недостаточности печени, энцефалопатии

C. конъюнктивита

125. Для профилактики и лечения грибковой суперинфекции наиболее эффективно назначение

A. нистатина

B. метронидазола

C. азтреонама
D. леворина
E. дифлюкана

126. Внутричерепнной объем крови увеличивается под влиянием
A. суксаметония
B. тиопентона
C. нитроглицерина
D. кетамина

127. Следующие вещества являются антиконвульсантами:
A. мидазолам
B. суксаметониум
C. нифедипин
D. атракуриум
E. трифторперазин

128. Мозговой кровоток обратно пропорционален
A. PaCO2
B. потреблению мозгом кислорода
C. вдыхаемой концентрации фторотана
D. среднему артериальному давлению
E. PaO2

129. Лечение воздушной эмболии, произошедшей во время операции на задней черепной ямке НЕ должно включать применения
A. компрессии v.jugularis
B. прекращения дачи закиси азота
C. аспирации воздуха через катетер из правого предсердия
D. маннитола
E. перевода больного в положение на левом боку

130. Лечение анафилактического шока начинается с введения следующего препарата
A. адреналина
B. антигистаминных препаратов
C. нейроплегиков
D. глюкокортикоидов

131. Электрокардиостимуляция НЕ показана при:
A. полной атриовентрикулярной блокаде
B. синдроме слабости синусового узла с приступами Морганьи-Адамс-Стокса
C. мерцательной аритмии с редкими сокращениями желудочков
D. брадиаритмии, вызванной интоксикацией сердечными гликозидами

132. Концентрация гемоглобина 8 г/дл (80 г/л) и увеличение числа ретикулоцитов

может иметь место при

A. апластической анемии

B. нелеченной пернициозной анемии

C. анемии при хронической почечной недостаточности

D. постгеморрагической анемии

E. острой лейкемии

133. Для коррекции хронической постгеморрагической анемии следует использовать

A. реоглюман

B. свежезамороженную плазму

C. эритроцитарную массу

D. криопреципитат

E. полифер

134. Тромбоцитопения может наступить

A. при значительной гепаринемии

B. при травмах с размоожжением мышц

C. при ДВС-синдроме в стадии коагулопатии потребления

D. при гемолитических кризах

E. при перитоните

135. При стенозе митрального клапана не характерны

A. увеличение сердечного выброса

B. развитие легочной гипертензии

C. гипертрофия левого предсердия

D. интерстициальный отек легкого

136. Изменения легочной функции и легочных объёмов, происходящие при беременности в предродовом периоде, включают

A. снижение функциональной остаточной емкости (ФОЕ)

B. увеличение общей емкости легких

C. повышение резервного объема выдоха

D. повышение сопротивления воздушных путей

E. снижение PaO2

137. Релаксацию матки во второй стадии родов можно вызвать

A. анестезией фторотаном

B. спинальной анестезией до уровня Т10

C. пентазоцином (фортралом)

D. анестезией закисью азота с релаксантами

138. Вероятные интраоперационные осложнения при изолированной вентиляции левого легкого во время правосторонней верхней лобэктомии включают

A. парадоксальную вентилляцию

B. ателектаз левой нижней доли

C. увеличение V/Q соотношения в левом легком

D. гиперкарбию

139. Факторы, увеличивающие величину пневмоторакса при анестезии закисью азота включают

A. гипервентилляцию

B. увеличение плеврального кровотока

C. увеличение вдыхаемой концентрации закиси азота

D. присутствие в пневмотораксе азота

E. одновременная дача изофлюрана

140. При индукции скорость диффузии через альвеолярно-капиллярную мембрану находится под влиянием

A. толщины мембраны и разницы парциальных давлений между альвеолярным и растворенным в крови газом

B. только толщины мембраны

C. присутствия азота внутри альвеол

D. гипервентиляции

141. Злокачественная гипертермия

A. развивается интраоперационно при операциях свыше 3-х часов

B. провоцируется сукцинилхолином

C. требует мониторинга температуры тела для диагноза

D. чаще развивается у больных с почечной патологией

E. чаще развивается у больных с тиреотоксикозом

142. Абсолютным противопоказанием к барбитуратам является:

A. феохромоцитома

B. острая кровопотеря, шок

C. беременность

D. порфирия

E. заболевания печени

143. У экстренного больного с выраженной гиповолемией анестетиком выбора может быть:

A. барбитурат

B. фторотан

C. кетамин

D. эфир

E. дипривaн (пропофол)

144. Репозицию отломков при переломе луча в типичном месте безопаснее выполнять:

A. под наркозом сомбревином

B. под тиопенталом

C. под кетамином

D. под новокаиновой блокадой в место перелома (гематому)
E. под проводниковой анестезией по Куленкампфу

145. При хроническом бронхите
A. спирометрические изменения появляются в ранней стадии
B. пальцы в виде "барабанных палочек" весьма характерны
C. рентгенография грудной клетки обычно не выявляет патологии

146. При блокаде правой ножки пучка Гиса
A. комплекс QRS шире нормы
B. депрессия интервала ST в 1-м и 2-м грудных отведениях
C. развивается инверсия зубца P

147. Абсолютное показание для интубации двухпросветной трубкой являются
A. опухоль легкого
B. бронхоплевральный свищ
C. необходимость выполнения лобэктомии
D. ламинэктомия в торакальном отделе
E. операция на пищеводе

148. Признаками острого инфаркта миокарда во время наркоза является все, кроме
A. гипотензия, бледность
B. изменения на ЭКГ, аритмии
C. увеличение пульсового давления

149. Для злокачественной гипертермии во время анестезии характерно все перечисленное, кроме
A. недеполяризующие мышечные ралаксанты менее эффективны, чем ожидается
B. температура тела повышается на 1° С каждые 30 минут
C. ей сопутствует тяжелый метаболический ацидоз
D. увеличивается концентрация калия плазмы
E. ей сопутствует тяжелый метаболический алкалоз

150. Факторы, которые НЕ приводят к развитию послеоперационной печеночной недостаточности:
A. гиперкапния
B. гипоксия
C. переливание крови
D. септицемия
E. инфузионная терапия кристаллоидами

151. Известные причины гипотензии во время спинальной анестезии включают
A. увеличение венозной емкости и уменьшение ударного объема
B. увеличение ударного объема
C. прямое угнетение миокарда

D. уменьшение венозной емкости
E. стимуляция миокарда

152. Головные боли после спинальной пункции
A. чаще бывают у пожилых
B. уменьшаются при ограничении жидкости
C. возникают чаще всего в первые сутки после пункции
D. возникают чаще всего через несколько дней после пункции
E. не связаны с пункцией

153. Правильно выполненная блокада звездчатого узла вызовет:
A. сужение зрачка, птоз
B. расширение зрачка
C. потоотделение на противоположной половине лица
D. не смыкание век

154. Методом выбора для экстренного обезболивания при множественных травмах нижних конечностей и таза с подозрением на повреждение внутренних органов является:
A. масочный наркоз
B. эпидуральная анестезия
C. многокомпонентный эндотрахеальный наркоз с ИВЛ
D. спинальная анестезия
E. местная анестезия

155. Наиболее целесообразно использовать для поддержания анестезии у пожилых пациентов:
A. кетамин
B. дипривaн, НЛА, N2O
C. фторотан

156. Лечение желудочковой тахикардии, развившейся во время анестезии включает введение
A. дигоксина
B. лидокаина
C. глюконата кальция
D. верапамила

157. Следующие факторы влияют на развитие гипотензии после снятия зажима с аорты при резекции аневризмы её абдоминального отдела, кроме
A. метаболический ацидоз
B. потери жидкости внутрь кишечника
C. эндотоксемия
D. недостаточное обезболивание

158. Подходящие техники анестезии для больного с митральной недостаточностью

включают те, которые

A. увеличивают системное кровяное давление

B. увеличивают наполнение сердца

C. вызывают легкую системную вазодилатацию

D. снижают сократимость миокарда

159. Вероятные причины нарушений коагуляции после применения аппарата для искусственного кровообращения включают

A. нереверсированный гепарин

B. снижение ионизированного кальция

C. снижение тромбоцитов

D. снижение фибриногена

160. Нелеченная преоперативная гипертензия

A. повышает частоту периоперативных инфарктов миокарда

B. должна лечиться до операции

C. является противопоказание к использованию изофлюрана

D. снижает риск тромбоза глубоких вен

E. является противопоказанием к использованию эпидуральной анальгезии

161. К проявлениям ревматоидного артрита, которые могут осложнять анестезию, не относится

A. стридор

B. амилоидоз почки

C. фиброз легких

D. эрозия odontoid peg

E. полицитемия

162. Пациент, страдающий артериальной гипертензией принимает тиазидный диуретик и атенолол (100 мг в сутки). Больному предстоит большая операция на желудке. Анестезиологу следует

A. заменить атенолол блокатором кальциевых каналов

B. продолжить получаемое больным антигипертензивное лечение

C. вводить в/в бета-блокатор в течение операции

D. вводить не более 5 мл/кг/час кристаллоидов во избежание перегрузки жидкостью

163. Использование эпидуральной анестезии при простатэктомии

A. адекватный метод для предотвращения кровопотери

B. возможно у пациентов старше 65 лет

C. редко вызывает гипотензию

D. противопоказано,если пациент принимает аспирин во время преходящих атак ишемии

164. Следующее верно о хроническом пиелонефрите

A. учащенные мочеиспускания и дизурия самые частые симптомы

B. имеется массивная протеинурия
C. пирексия редка
D. очень редко является причиной смерти вследствие почечной недостаточности
E. противопоказание к трансплантации почки

165. Гематурия не развивается при
A. цистите
B. гипернефроме
C. опущении почки
D. туберкулезе
E. гломерулонефрите

166. Нарушения секреции антидиуретического гормона в послеоперационном периоде проявляются
A. гипернатриемией
B. снижением осмолярности мочи
C. гиповолемией
D. поддержанием нормальной функции почек
E. гипогликемией

167. При миастении гравис
A. эмоциональный стресс может увеличивать слабость мышц
B. нарушается механизм мышечного сокращения
C. меньшее количество ацетилхолина высвобождается из нервных окончаний
D. она связана с мелкоклеточной карциномой легкого
E. на поздних стадиях болезни часто вовлекается миокард

168. При первичной микседеме не характерно
A. брадикардия
B. макроцитарная анемия
C. сглаженные Т волны на ЭКГ
D. гипертензия

169. Общий печеночный кровоток снижается всегда, кроме
A. во время анестезии фторотаном
B. при применении PEEP
C. во время эпидуральной анестезии до Т4
D. при инфузии вазопрессина (адиурекрина)
E. во время спинальной анестезии до Т 12

170. Через 10 дней после обычной ургентной аппендэктомии у молодой женщины сохраняется высокая температура с большим размахом колебаний. Следующее верно:
A. в первую очередь надо провести внутривенную пиелографию
B. поддиафрагмальный абсцесс - наиболее вероятный диагноз
C. плевральный выпот наводит на мысль о послеоперационной инфекции груди

D. нужно начать с проведения ургентной лапаротомии

171. Вероятный диагноз у пациента с желтухой и повышенным билирубином в моче, кроме:

A. инфекционный гепатит

B. обструкция желчных протоков

C. метастаз карциномы в печень

D. острый панкреатит

172. Лечение острой левожелудочковой недостаточности включает все перечисленное, кроме

A. вентиляция при постоянном повышенном давлении

B. инфузия нитроглицерина

C. ингибиторы фосфодиэстеразы

D. парентеральное введение морфина

E. инфузионная терапия коллоидами

173. Осложнения вследствие отмены антигипертензивной терапии за неделю до операции не включают

A. интраоперационную гипокалиемию

B. тяжелую послеоперационную гипертензию

C. усиленную реакцию артериального давления на интубацию трахеи

D. ишемию миокарда во время анестезии

174. Вероятные причины блокады правой ножки пучка Гиса, кроме

A. легочная эмболия

B. миксидема

C. инфаркт миокарда

175. После развития инфаркта миокарда у пациента синусовый ритм, ЧСС 80 в мин и АД 110/70. На ЭКГ выявлена мультифокальная желудочковая экстрасистолия 10 в мин. Необходимая терапия включает

A. атропин 0,6 мг в/в

B. пропранолол 1 мг в/в

C. кислородотерапия

D. лидокаин 100 мг в/в

176. Больному 50 лет, страдающему циррозом печени, произведена холецистэктомия в условиях эндотрахеальной комбинированной анестезиии с применением для миорелаксации сукцинилхолина. Течение анестезии гладкое, но после ее окончания длительно не восстанавливалось самостоятельное дыхание. Наиболее вероятной причиной осложнения является :

A. анемия

B. высокий уровень холинэстеразы крови

C. низкий уровень холинэстеразы крови

D. высокая концентрация холинэстеразы крови
E. повышенный уровень небелкового остаточного азота

177. Какой из ингаляционных анестетиков увеличивает размер газовых эмболов
A. севофлюран
B. закись азота
C. изофлюран
D. галотан

178. Какой из анестетиков повышает мозговой кровоток
A. пропофол
B. тиопентал натрия
C. диазепам
D. севофлюран

179. Противопоказаны ли низкомолекулярные гепарины при кормлении грудью
A. Да
B. Нет
C. Вопрос не решен

180. Для чего используется ИВЛ при кардиогенном отеке легких
A. При отеке легких ИВЛ проводить нельзя
B. ИВЛ не оказывает влияния на кардиогенный отек легких
C. ИВЛ создает ощущение дискомфорта у пациента с отеком легких
D. ИВЛ используется для лечения кардиогенного отека легких

181. Кто открыл плато-волны внутричерепного давления
A. Платов
B. Лундберг
C. Сировский

182. Какие из следующих подходов к респираторной поддержки позволяют снизить летальность при тяжелом ОРДС
A. Использование prone-позиции
B. Использование осциляторной высокочастотной ИВЛ
C. Подбор PEEP по алгоритму Brochard/Mercator

183. Препараты для обезболивания применяемые при инфаркте миокарда
A. Анальгин
B. Морфин
C. Кетанов
D. Нитраты

184. Когда следует пробуждать нейрохирургического больного после анестезии
A. не имеет значения

B. по прошествии 24 часов
C. как можно раньше
D. не ранее чем через 2 часа после операции

185. С какого времени врач имеет право прекратить реанимационные мероприятия в отношении новорожденного?
A. по истечении 10 минут с момента начала реанимационных действий
B. по истечении 15 минут отсутствия сердцебиения
C. по истечении 10 минут отсутствия сердцебиения

186. Какие выделяют вдохи в классификации режимов ИВЛ
A. Своевременные и задержанные
B. Выполненные и пропущенные
C. Регистрируемые и нерегистрируемые
D. Спонтанные и принудительные

187. Каким основным недостатком обладают статических показателей волемии?
A. не дают информации о функциональном состоянии миокарда
B. дорогостоящие
C. не доступны в клинической практике
D. сложны в интерпретации E. не обеспечивают точные и воспроизводимые данные

188. Диагностику остановки сердца необходимо проводить в течении:
A. 10 сек.
B. 1 мин.
C. 5 мин.

198. Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:
A. До 0,5 мл 0,1 % раствора
B. 0,5 — 1,0 мл 0,1% раствора
C. 1,0 — 1,5 мл 0,1% раствора
D. 1,5 — 2,0 мл 0,1% раствора
E. 2,0 — 2,5 мл 0,1% раствора

190. Основным признаком коматозного состояния является:
A. Угнетение гемодинамики
B. Угнетение дыхания
C. Угнетение центральной нервной системы
D. Угнетение периферической нервной системы
E. Угнетение движения
191. Глубина коматозного состояния определяется:
A. По выраженности гемодинамических расстройств
B. По степени угнетения сознания
C. По степени угнетения рефлексов

D. По степени угнетения дыхания

E. По степени бледности кожного покрова

192. Желудочковые экстрасистолы у больного с острым инфарктом миокарда могут осложниться:

A. Фибрилляцией предсердий

B. Фибрилляцией желудочков

C. Полной атриовентрикулярной блокадой

D. Асистолией

E. Аритмией

193. Препаратом выбора для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии является:

A. Изоптин

B. Строфантин

C. Лидокаин

D. Панангин

E. Магнезия

194. Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:

A. Отек легких на фоне инфаркта

B. Отек легких на фоне гипертонического криза

C. Отек легких на фоне порока сердца

D. Отек легких у больных старческого возраста

E. Отек легких на фоне гипотензии

195. Критический уровень расстройства жизнедеятельности организма, сопровождающийся резким снижением артериального давления, глубокими нарушениями газообмена и метаболизма – это:

A. Средне тяжелое состояние

B. Тяжелое состояние

C. Терминальное состояние

196. При тромбоэмболии легочной артерии развивается:

A. Острая левожелудочковая недостаточность

B. Острая правожелудочковая недостаточность

C. Пневмония

D. Пневмоторакс

E. Плеврит

197. В первую очередь дифференциальный диагноз при тромбоэмболии легочной артерии нужно проводить:

A. Со спонтанным пневмотораксом

B. С крупозной пневмонией

C. С острым инфарктом миокарда
D. С плевритом
E. С пневмотораксом

198. При гипогликемической коме у больного:
A. Кожа обычного цвета, влажная, глазные яблоки твердые, тонус мышц повышен
B. Кожа бледная, покрыта холодным потом, тризм жевательной мускулатуры, глазные яблоки
C. Кожа гиперемированная, влажная, зрачки резко расширены, тонус мышц снижен
D. Кожа гиперемированная, сухая, зрачки сужены, мышечный тонус обычный
E. Кожа цианотичная, сухая, зрачки сужены, мышечный тонус отсутствует

199. При гипогликемической коме необходимо:
A. Туалет дыхательных путей, инсулин 20 ЕД в/м, глюкоза 40 % 20,0 в/в
B. Фракционное в/в ведение 40% глюкозы до 60 мл
C. Туалет дыхательных путей, транспортировка
D. Преднизолон
E. Гидрокортизон

200. Развитие гипогликемической комы наиболее вероятно:
A. У больных недиагностированным инсулинозависимым типом диабета
B. У больных с недиагностированным диабетом II типа
C. У больных, получающих инсулин
D. У больных, занимающихся похуданием
E. У больных с заболеваниями надпочечников

201. Ведущим механизмом развития анафилактического шока является:
A. Снижение сократительной способности миокарда
B. Расширение венозного отдела сосудистого русла
C. Уменьшение объема циркулирующей крови
D. Угнетение сосудодвигательного центра
E. Отек мозга

202. Первоочередным мероприятием при анафилактическом шоке является:
A. Введение антигистаминных препаратов
B. Наложение жгута
C. В/в введение преднизолона и адреналина
D. П/к введение адреналина в место инъекции
E. Введение кордиамина

203. Тактика при впервые возникшей почечной колике:
A. Введение спазмолитиков и анальгетиков, активные наблюдения
B. Госпитализация в хирургическое отделение без введения медикаментов
C. Введение спазмолитиков и госпитализация в урологическое отделение
D. Горячая ванна

E. Постельный режим

204. Ведущим симптомом почечной колики является:
A. Резь при мочеиспускании
B. Ноющие боли в пояснице
C. Частое мочеиспускание
D. Высокая температура
E. Приступнообразные острые боли

205. Лечение острой кровопотери начинают с переливания:
A. Эритроцитарной массы
B. Донорской крови
C. Кристаллоидных растворов
D. Коллоидных растворов
E. Свежезамороженной плазмы

206. Показанием для плевральной пункции при травмах грудной клетки является:
A. Проникающее ранение грудной клетки
B. Подкожная эмфизема у больного с переломами ребер
C. Открытый пневмоторакс
D. Напряженный пневмоторакс
E. Гидроторакс

207. Пункция плевральной полости с целью удаления из нее воздуха производится:
A. Во II межреберье по переднеподмышечной линии
B. Во II межреберье по среднеключичной линии
C. В IV межреберье по переднеподмышечной линии
D. В VII межреберье по задней подмышечной линии
E. Во II межреберье по боковой поверхности

208. Феномен «кошачьего глаза» наблюдается через:
A. 10-15 мин после наступления биологической смерти
B. 20-25 мин после наступления биологической смерти
C. 30-35 мин после наступления биологической смерти
D. 40-50 мин после наступления биологической смерти
E. 1 час после наступления биологической смерти

209. Промывание желудка при острых пероральных отравлениях показано:
A. Если прошло не больше 2 часов после приема яда
B. Если прошло не больше 10 часов после приема яда
C. При отравлениях кислотами и щелочами
D. При бессознательном состоянии больного
E. При любых острых пероральных отравлениях

210. Зондовое промывание желудка на догоспитальном этапе:

A. Показано в любых клинических ситуациях

B. Противопоказано в коме при невозможности интубации трахеи

C. Противопоказано при химическом ожоге пищевода

D. Не показано при неустановленном яде

E. Противопоказано всегда

211. Какой объем жидкости можно вводить одномоментно взрослому для промывания желудка:

A. 200 мл

B. 400мл

C. 800 мл

D. 1600 мл

E. 2000 мл

212. Ресусцитация - это

A. появление признаков жизни без восстановления сознания

B. критический уровень расстройства жизнедеятельности организма, сопровождающийся резким снижением артериального давления, глубокими нарушениями газообмена и метаболизма

C. отсутствие сознания и рефлексов, неопределяемое АД, ослабление пульса на крупных артериях, нарушения ритма

D. комплекс реанимационных мероприятий, направленных на оживление всего организма и восстановление всех его функций, в том числе высшей нервной деятельности

213. При отравлении барбитуратами наблюдаются (найдите ошибочный ответ):

A. Возбуждение

B. Депрессия дыхания

C. Снижение рефлексов

D. Артериальная гипотензия

E. Судороги

214. Головная боль, нарушение сознания, инспираторная одышка, рвота, красная иногда вишневая окраска слизистых и кожи характерно:

A. Хлором

B. Угарным газом

C. Аммиаком

D. Сероводородом

E. Барбитуратами

215. В качестве антидота при отравлении фосфорорганическими веществами применяют:

A. Прозерин

B. Налоксон

C. Атропин

D. Унитиол

E. Седуксин

215. Характерными признаками отравления опиатами являются (найти ошибочный ответ):

A. Угнетение сознания
B. Миоз
C. Одышка
D. Брадикардия
E. Угнетение дыхания

216. При отравлении опиатами в качестве антидота применяют

A. Атропин
B. Кордиамин
C. Налоксон
D. Прозерин
E. Седуксин

217. Отравление мухомором проявляется (найти ошибочный ответ):

A. Галлюцинации
B. Мидриаз
C. Бронхорея
D. Тошнота, рвота
E. Понос

218. Отравление клофелином характеризуется (найдите неправильный ответ):

A. Сонливость
B. Возбуждение
C. Брадикардия
D. Артериальная гипотензия
E. Сухость кожных покровов

219. Химический ожог пищевода развивается при отравлении (найдите ошибочный ответ):

A. Аспирин
B. Фенол
C. Кислота
D. Щелочь
E. Барбитуратами

220. Что исключает диагноз асфиксического (“сухого”) утопления:

A. признаки ларингоспазма
B. остановка сердца и дыхания в холодной воде
C. признаки отека легких
D. отсутствие выделения пенистой мокроты
E. фибрилляция желудочков

221. Что не характерно для первичного истинного утопления:

A. рефлекторная остановка сердца

B. попадание воды в легкие

C. отек легких

D. выделение пены из носа и рта

E. асистолия

222. Что выступает на первый план в клинической картине при истинном утоплении в морской воде в раннем постреанимационном периоде:

A. артериальная гипотензия

B. острая почечная недостаточность

C. гемолиз эритроцитов

D. гиперкалиемия

E. печеночная недостаточность

221. Особенность патогенеза утопления в тёплой воде, в отличие от холодной:

A. депонирование крови в сосудистом русле и развитие коллапса на фоне гипосистолии

B. бронхоспазм

C. повышение притока крови к лёгким

D. периферический сосудистый спазм

E. развитие отёка легких

223. Наиболее вероятный прогноз для пострадавших вследствие погружения под воду, находящихся в сознании или реагирующие на болевое раздражение

A. Развитие ишемической энцефалопатии

B. Выживание без неврологических последствий

C. Развитие хронической дыхательной недостаточности

D. Развитие почечной недостаточности

E. Развитие поведенческих нарушений

224. Ведущий метод купирования отёка лёгких у пострадавших после утопления:

A. Диуретики

B. Кортикостероиды

C. ИВЛ под постоянным повышенным давлением или повышенным давлением конца выдоха

D. Оксигенотерапия с максимальным FiO2

E. Санация ротоглотки

225. Что не относится к основным способам защиты населения от поражения ионизирующим излучением:

A. использование защитных сооружений для укрытия населения, использование средств индивидуальной защиты

B. термическая обработка пищевых продуктов

C. использование противогазов

D. рассредоточение и эвакуация населения из городов

E. оповещение населения об угрозе

226. Какие мероприятия должны проводиться при мощности экспозиционной дозы ионизирующего излучения 2,5 мР/ч на местности:

A. йодопрофилактика

B. запрещение производственной деятельности

C. эвакуация групп риска

D. эвакуация всего населения

E. специальные мероприятия не проводятся

227. Ионизирующее излучение не вызывает:

A. развитие лучевой реакции со стороны органов и функциональных систем (острая лучевая реакция)

B. лучевую травма (ожоги кожи)

C. острую или хроническую лучевую болезни

D. поражение внутренних органов при инкорпорации радиоизотопов

E. передачу радиационных поражений потомству

228. Что не является проявлением первичной лучевой реакции

A. тошнота, рвота, слабость, головные боли

B. першение в ротоглотке

C. потливость

D. гиперемия кожных покровов и слизистых,

E. кровотечения

229. Нкорпорации продуктов ядерного распада (ПЯД) не сопровождается развитием:

A. острой лучевой болезни

B. бронхопневмонии

C. поражения ЖКТ

D. коньюктивита

E. хронической лучевой болезни

230. В зоне радиоактивного загрязнения не разрешается:

A. прием воды из водоемов и молока

B. Использование респираторов и ватно-марлевых масок

C. промывание желудка

D. частичная обработка-дезактивация (душ)

E. при явлениях мукозита полоскание зева растворами перекиси водорода, лимонной кислоты, марганцевокислого калия.

231. При поражении ионизирующим излучением медицинской транспортировке в первую очередь подлежат пострадавшие:

A. в состоянии шока

B. в коме
C. с дозой облучения более 2 Грей
D. с дозой облучения более 10 Грей
E. с отёком слюнных желез и подкожно-жировой клетчатки

232. Йодная профилактика в очаге радиоактивного загрязнения у детей раннего возраста проводится иодидом калия в дозе:
A. 130 мг однократно
B. 130 мг 10 дней
C. 65 мг в день 10 дней
D. 65 мг 2 раза
E. 65 мг однократно

233. В условиях ЧС поражение СЯДВ возникает при их поступлении преимущественно:
A. при ингаляции
B. через кожу
C. Внутрь перорально
D. при сочетании перорального и контактного пути
E. внутривенно

234. Характерным признаком поражения газообразным хлором является:
A. Сине-зеленоватый цвет слизистых губ ротоглотки
B. Фиолетовый цвет рвотных масс
C. Иктеричность кожных покровов
D. Потемнение цвета мочи
E. Появление геморрагических элементов на коже

235. При отравлении газообразным хлором:
A. Проводится оксигенотерапия FiO2=1,0
B. Проводится оксигенотерапия FiO2=0,8
C. Проводится оксигенотерапия FiO2=0,5
D. Проводится оксигенотерапия FiO2=0,3
E. Оксигенотерапия противопоказана

236. При отравлении угарным газом (монооксидом углерода):
A. Проводится оксигенотерапия FiO2=1,0
B. Проводится оксигенотерапия FiO2=0,8
C. Проводится оксигенотерапия FiO2=0,5
D. Проводится оксигенотерапия FiO2=0,3
E. Оксигенотерапия противопоказана

237. При отравлении газообразными СЯДВ, вызывающими асфиксию:
A. Проводится оксигенотерапия FiO2=1,0
B. Проводится оксигенотерапия FiO2=0,8

C. Проводится оксигенотерапия не более FiO2=0,5

D. Проводится оксигенотерапия FiO2=0,3

E. Оксигенотерапия противопоказана

238. При отравлении угарным газом (монооксидом углерода) в качестве функционального антагониста применяют:

A. атропин

B. ацизол

C. флумазенил

D. налоксон

E. амилнитрит

239. Общие принципы неотложной помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе определяются следующим тезисом:

A. вызывание рвоты различными методами, зондовое промывание желудка, стимуляция мочеотделения, удаление неабсорбированных ядов, антибиотикотерапия, применение противосудорожных средств;

B. искусственная вентиляция легких, наружный массаж сердца, медикаментозное лечение, перитонеальный диализ, искусственное дыхание, оксигенотерапия;

C. прекращение дальнейшего поступления яда в организм, удаление невсосавшегося яда, применение антидота, гемодилюция, восстановление и поддержание нарушенных функций организма, устранение отдельных симптомов интоксикации;

D. удаление невсосавшегося яда, форсированный диурез, гемодиализ, слабительные средства, гемоперфузия, полная санитарная обработка, применение антидота; искусственное дыхание. симптоматическое лечение, перитонеальный диализ, гемосорбция, применение антидотов, антибиотикотерапия.

E. искусственное дыхание, симптоматическое лечение, перитонеальный диализ, гемосорбция, применение антидотов, антибиотикотерапия.

240. Основные задачи служб медицинской помощи в ЧС:

A. сохранение здоровья населения, своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи с целью спасения жизни пораженным, снижение инвалидности и неоправданных безвозвратных потерь

B. подготовка медицинских кадров

C. создание органов управления, медицинских формирований, учреждений, поддержание их в постоянной готовности, материально-техническое обеспечение

D. сохранение здоровья личного состава медицинских формирований

E. планирование развития сил и средств здравоохранения и поддержание их в постоянной готовности к работе в зонах катастроф, для ликвидации последствий

241. Основные мероприятия, осуществляемые службой экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях:

A. медицинская разведка, оказание медицинской помощи, эвакуация пораженных, анализ оперативной информации, пополнение, учет, контроль и освежение запасов медицинского имущества и средств защиты

B. проведение мероприятий по защите народного хозяйства, строительство защитных сооружений

C. рассредоточение и эвакуация населения, организация разведки, составление планов

D. создание систем связи и управления, организация наблюдения за внешней средой, использование защитных сооружений и подготовка загородной зоны

E. разработка планов управления ЧС, приведение в полную готовность всей службы МЧС

242. Основные формирования службы экстренной медицинской помощи в ЧС:

A. бригады экстренной медицинской помощи, автономные выездные медицинские госпитали и др.

B. территориальные лечебные учреждения

C. головная больница

D. бригады скорой медицинской помощи

E. санэпидотряд

243. Основные мероприятия, проводимые службой экстренной медицинской помощи среди населения в экстремальной обстановке:

A. санитарно-гигиенический контроль очага поражения, проведение дегазации, дезинфекции, дератизации в очаге поражения

B. своевременное оказание экстренной медицинской помощи и эвакуация больных и пораженных

C. ввод в очаг формирований ГО общего назначения, служб ГО, организация медицинской эвакуации из очага, профилактика массовых инфекционных заболеваний

D. устранение неблагоприятных санитарных последствий, эвакуация пострадавшего населения

E. эвакуация пострадавшего населения, предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний, ввод в очаг медицинских формирований

244. Вид медицинской сортировки на первом этапе медицинской эвакуации:

A. опасные для окружающих, ходячие, носилочные

B. нуждающиеся в неотложной медицинской помощи

C. внутрипунктовая сортировка, эвакотранспортная сортировка, прогностическая сортировка

D. внутрипунктовая по нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакотранспортных мероприятиях

E. внутрипунктовая, эвакотранспортная; выборочная, конвейерная

F. лечебная, эвакуационная, по степени опасности для окружающих

245. Медицинская сортировка проводится на основе:

A. оценки конкретных условий обстановки в зоне ЧС

B. определения момента оказания первой помощи в зоне ЧС

C. диагноза и прогноза

D. вида медицинской помощи

E. вида повреждающего фактора среды

246. Неотложные медицинские мероприятия проводятся в первую очередь пострадавшим:

A. с крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, находящиеся в терминальном состоянии (агональном)

B. с пострадавшие с опасными для жизни расстройствами основных жизненно важных функций

C. с повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни

D. с повреждениями средней тяжести и нерезко выраженными функциональными расстройствами

E. нуждающиеся в амбулаторном лечении

247. Определите, что характерно для теплового коллапса в отличие от теплового удара:

A. относительно постепенное, прогрессирующее ухудшение состояния

B. влажная, бледная кожа, в случае потери сознания зрачки узкие

C. в случае потери сознания зрачки широкие

D. сухая, гиперемированная кожа

E. сухожильные рефлексы угнетены

248. Что указывает на развитие собственно теплового удара:

A. частое мочеиспускание

B. жажда

C. прекращение потоотделения

D. обильное потоотделение

E. полиурия

249. Начальные проявления перегревания, характерные для детей:

A. потеря сознания

B. падение АД

C. тонико-клонические судороги

D. мышечные спазмы

E. развитие делирия

250. Прогностически неблагоприятный симптом перегревания:

A. усиленное потоотделение

B. влажная кожа

C. повышение температуры тела свыше 41°C

D. тахикардия

E. тахипноэ

251. До каких цифр рекомендуется снижать температуру тела физическими методами охлаждения при тепловом ударе:

A. 39,5°C

B. 38,5°C
C. 37,5°C
D. 36,6°C
E. 35,5°C

252. Как применяют металлизированное одеяло при общем переохлаждении пострадавшего:
A. Укутывают голову
B. Укутывают нижние конечности
C. Укутывают верхние конечности
D. Полностью укутывают серебристой стороной к телу
E. Полностью укутывают золотистой стороной к телу

253. Глубокая гипотермия способствует:
A. снижению возбудимости миокарда
B. повышению скорости потребления кислорода
C. снижению частоты неврологических осложнений и повышению вероятности эффективной СЛР, даже при длительной остановке сердца
D. снижению вероятности развития фибрилляции желудочков
E. повышению эффективности электроимпульсной терапии

254. Температура инфузионных растворов для согревания пациента с гипотермией:
A. 36,0°C
B. 37,0°C
C. 38,0°C
D. 39,0°C
E. 42,0°C

255. Чем лучше растирать отмороженные участки тела:
A. снегом
B. этиловым спиртом
C. тканью, смоченной в физиологическом растворе
D. растительным маслом
E. ничем

256. Что наблюдается при отморожении II степени тяжести:
A. тотальный некроз кожи
B. побледнение кожи
C. повышенная болевая чувствительность участков отморожения
D. на коже пузыри с желтоватой жидкостью с геморрагическим оттенком
E. отрицательная спиртовая проба

257. В течение какого периода времени возможно орошение холодной водой при ожогах кожи на догоспитальном этапе:
A. 30 минут

B. 40 минут

C. 1 час

D. кратковременно

E. Лучше не проводить.

258. При какой площади ожога кожи I-IIIA степени для обезболивания применяют ненаркотические аналгетики:

A. менее 5%

B. менее 10%

C. 10-15%

D. 15-20%

E. более 20%

259. Необходимость проведения инфузионной терапии при ожогах на догоспитальном этапе возникает при площади поражения кожи:

A. менее 5%

B. менее 10%

C. 10-15%

D. 15-20%

E. более 20%

260. Укажите причину, по которой переменный ток может быть опаснее постоянного для организма:

A. образование электрической дуги

B. более обширные ожоги кожи и подлежащих тканей

C. “приморaживание” конечности к источнику тока

D. остановка сердца

E. развитие ларингоспазма

261. Тяжелая форма синдрома длительного сдавления развивается, если оно продолжалось:

A. до 4 часов

B. 4-5 часов

C. 6-7 часов

D. 8-12 часов

E. более 12 часов

262. Что необходимо обязательно предпринять до освобождения конечности от сдавления:

A. все неотложные мероприятия проводятся после освобождения конечности

B. наложить артериальный жгут

C. ввести антибиотики

D. обеспечить внутривенный доступ и начать инфузионную терапию

E. ввести наркотические аналгетики

263. Сохранение низкого артериального давления на фоне инфузионной терапии синдрома длительного сдавления требует применить:

A. норэпинефрин

B. эпинефрин

C. фенилэфрин

D. допамин 5-10 мкг/мин

E. допамин 1-4 мкг/кг

264. Критериями сепсиса в настоящее время является

A. синдром системной воспалительной реакции + очаг инфекции

B. синдром системной воспалительной реакции + органная дисфункция

C. расширенный синдром системной воспалительной реакции + очаг инфекции

265. Тяжесть сепсиса в настоящее время классифицируется

A. синдром системной воспалительной реакции – сепсис –тяжелый сепсис – септический шок

B. сепсис – септический шок

C. синдром системной воспалительной реакции – сепсис – септический шок

266. Какие биомаркеры наиболее специфичны для сепсиса

A. прокальцитонин

B. Ц-реактивный протеин

C. интерлефкин-6

D. лактат

267. Основной принцип периоперационной антибиотикопрофилактики

A. продолжительность 24 часа

B. продолжительность 72 часа

C. продолжительность 48 часов

268. Последовательность применения а/б терапии

A. диагностика инфекции – эмпирическая терапия – направленная терапия – отмена терапии

B. эмперическая терапия – диагностика инфекции – напраленная терапия – отмена терапии

C. диагностика инфекции – направленная терапия – отмена терапии

269. Режим антибактераильной терапии должен переоцениватся:

A. ежедневно B

. 1раз в 3 дня

C. 1 раз в неделю

D. не должен

270. Основной целью терапии септического шока является

A. поддержание высокой концентрации а/б препаратов

B. поддержание средненого артериального давления >65 мм рт ст

C. назначение антигипоксантов

271. Показания для назначения гидкрокортизона при сепсисе

A. показан всем больным

B. не показан при сепсисе

C. невозможность достичь целевого АД и при дозах норадреналина боле 0,5 мкг/кг/мин

272. Каковы особенности септического шока у детей?

A. гипотензия с применением вазопрессоров

B. наличие гипотензии не является необходимым для постановки клинического диагноза септического шока у детей

C. синдром системной воспалительной реакции и источник инфекции

273. Каковы особенности инфузионной терапии при сепсисе у детей?

A. она носит более агрессивный характер

B. она проводится как обычно

C. она носит рестриктивный характер

274. Каковы особенности респираторной поддержки при сепсисе у детей?

A. использование для начальной терапии неинвазивной ИВЛ в виде назального CPAP и применение высокочастотной ИВЛ

B. ранняя трахеостомия

C. длительная (более 14 дней) вентиляция через оротрахеальную интубационную трубку

275. Следует ли использовать стероиды при септическом шоке у детей?

A. да, у всех пациентов

B. стероиды должны применяться только при наличии признаков адреналовой недостаточности

C. категорически запрещено

276. Следует ли у детей, как у взрослых, использовать препараты для профилактики тромбоза глубоких вен и стрессовых язв?

A. только для детей в постпубертатном возрасте

B. всем детям

C. не следует

277. Обосновано ли использование прокальцитонинового теста (ПКТ) при сепсисе у детей?

A. да, следует использовать динамическое определение ПКТ для определения длительности антибиотикотерапии и динамики течения сепсиса

B. у детей применение прокальцитонинового теста не показало свою эффективность

C. только у детей старше 14 лет

278. Какие иммуноглобулины следует применять при септическом шоке у детей?

A. не следует использовать

B. поликлональные иммуноглобулины

C. не имеет значения

279. Какие параметры являются золотым стандартом при проведении инфузионной терапии у критических пациентов?

A. динамическое исследование сердечного выброса

B. ЭХО-КГ

C. центральное венозное давление

280. Что является показанием для трансфузии свежезамороженной плазмы?

A. показанием является нарушение гемокоагуляции

B. снижение концентрации альбумина

C. снижение концентрации общего белка

D. необходимость инфузионной терапии

281. Связана ли трансфузионная терапии с увеличением числа осложнений?

A. нет, не связана

B. да, прежде всего с гемолизом

C. да, прежде всего увеличением числа инфекционных осложнений

282. Чем отличается начальный волемический эффект кристаллоидов и коллоидов?

A. не отличается

B. существенная часть кристаллоидов после введения покидает сосудистое русло, тогда как коллоидов – остается в циркуляции

C. существенная часть кристаллоидов после введения остается в циркуляции, тогда как коллоидов – покидает сосудистое русло

283. При применении кристаллоидов следует ли отдавать предпочтение сбалансированным растворам?

A. да, лучше использовать сбалансированные кристаллоиды в сравнении с физиологическим раствором

B. нет, лучше использовать физиологический раствор в сравнении со сбалансированными кристаллоидами

C. не имеет значения

284. Какой недостаток остальных коллоидов не характерен для крахмалов?

A. нарушения гемокоагуляции

B. риск анафилактических реакций

C. кратковременность волемического эффекта

D. риск развития почечной недостаточности

285. Какое основное показание для применения коллоидов?

A. гиповолемия

B. улучшение перфузии

C. снижение концентрации гемоглобина

286. Каковы особенности инфузионной терапии при острой пневмонии у детей?

A. быстрое восполнение потерь коллоидными растворами

B. проведение ее в режиме дегидратации

C. проведение ее в режиме регидратации

287. Берлинская дефиниция ОРДС:

A. Учитывает влияние используемого уровня PEEP на градацию тяжести повреждения легких

B. Разделяет тяжесть повреждения легких на ОПЛ и ОРДС в зависимости от PaO2/FiO2

C. Выделяет три степени тяжести повреждения легких в зависимости от комплайнса легких

288. Рекрутабельность легких при ОРДС

A. Не зависит от сроков с момента развития ОРДС

B. Выше при легочном ОРДС по сравнению с внелегочным

C. Определяется соотношением консолидированных и ателектазированных альвеол

289. Гистерезис

A. Определяет ректрубаленость легких

B. Определяет давление открытия альвеол

C. Используется для подбора уровня PEEP

290. Наиболее физиологичным из перечисленным методов подбора PEEP является

A. Алгоритм ARDSnet

B. Алгоритм Brochar/Mercate

C. Алгоритм, основанный на измерении транспульмонального давления

291.Противопоказанием к проведению рекрутмент-маневра является

A. Использование вазопрессоров

B. Выраженная гипоксемия

C. Наличие пневмоторакса

292. Использование prone-позиции

A. наиболее эффективно при ОРДС легкого течения

B. наиболее эффективно при ОРДС тяжелого течения

C. не доказало своей эффективности в рандомизированных исследованиях

293. Осцилляторная высокочастотная ИВЛ

A. Сопряжена с риском гиперкапнии

B. Позволяет улучшить выживаемость у пациентов с тяжелым ОРДС

C. Показала свою эффективность в крупных рандомизированных исследованиях

294.Какие из следующих подходов к респираторной поддежки позволяют снизить летальность при тяжелом ОРДС

A. Использование prone-позиции

B. Использование осциляторной высокочастотной ИВЛ

C. Подбор PEEP по алгоритму Brochard/Mercator

295. Вследствие действия гормонов стресса и цитокинов в периоперационном периоде возникает:

A. Инсулинорезистентность

B. Антибиотикорезистентность

C. Гипогликемия

296. Так как инсулинорезистентость является нормальной реакцией на повреждение, не следует с ней бороться

A. верно

B. неверно

297. Пациентам, которым выполняются обширные абдоминальные оперативные вмешательства, не разрешается принимать твердую пищу через рот:

A. В течение 12 часов до операции

B. В течение 4 часов до операции

C. В течение суток до операции

D. В течении 6 часов до операции

298. Пациентов с нормальным нутриционным статусом при плановом хирургическом вмешательстве следует вести по программе мультимодального восстановления с целью скорейшего восстановления функции кишечника и его использования для питания (ERAS)

A. верно

B. неверно

299. Проведение полного парентерального питания в предоперационном периоде пациентам с тяжелой белково-энергетической недостаточностью ведет к отрицательным последствиям

A. верно

B. неверно

300. У пациентов с раком при наличии белково-энергетической недостаточности тяжелой степени:

A. Не следует откладывать операцию

B. Следует вести пациента по протоколу ERAS

C. Следует отложить оперативное вмешательство и провести предоперационную подготовку с применением нутритивной терапии

301. Наличие белково-энергетической недостаточности у пациентов хирургического профиля:

A. Оказывает негативное влияние на результаты лечения

B. Оказывает позитивное влияние на результаты лечения

C. Не оказывает влияние на результаты лечения

302. В качестве скрининга риска белково-энергетической недостаточности у взрослых пациентов в стационаре рекомендовано применять:

A. NRS 2002

B. MND

C. STAMP

D. MUST

304. Иммунное питание – это:

A. Особый вид энтерального питания, при котором к составу энтеральной смеси добавлены определенные компоненты, называемые фармаконутриентами (глутамин, аргинин, омега-3 ЖК и др.)

B. Особый вид парентерального питания с включением в состав определенных компонентов, называемые фармаконутриентами (глутамин, аргинин, омега-3 ЖК и др.)

C. Вид питания, которое включает в себя параллельное введение специальных лекарственных препаратов – иммуномодуляторов

305. К факторам риска ТЭЛА относится

A. Дети младше 10 лет

B. Ранение легкого

C. Прием нестероидных противовоспалительных препаратов

D. Онкологические заболевания на любой стадии

306. Клиническая картина ТЭЛА не включает в себя

A. Одышку (удушье)

B. Петехиальные высыпания на коже верхней половины туловища

C. Синкопальные состояния

D. Артериальную гипотонию

304. Характерным ЭКГ-признаком ТЭЛА является

A. Зубцы QS в правых грудных отведениях

B. Элевация сегмента ST в левых грудных отведениях и отведениях: I, AVL

C. Патологический зубец Q в III отведении

D. Депрессия сегмента ST в левых грудных отведениях

305. Какие данные эхокардиографии свидетельствуют о ТЭЛА

A. Дилатация левых камер

B. Снижение сократимости левого желудочка

C. Дилатация правых камер

D. Гипертрофия правого желудочка

306. Показанием к тромболизису при ТЭЛА является

A. Визуализация тромба в легочном стволе

B. ТЭЛА, сопровождающаяся шоком

C. Рецидив ТЭЛА

D. Повышение систолического давления в легочной артерии более 60 мм рт.ст.

307. Абсолютным противопоказанием к тромболизису при ТЭЛА является

A. Геморрагический инсульт в анамнезе

B. Операция на венах нижних конечностей в анамнезе

C. Онкологические заболевания

D. Желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе

308. Начальная скорость введения нефракционированного гепарина при ТЭЛА

A. 250 ед/час

B. 500 ед/час

C. 1000 ед/час

D. 1500 ед/час

309. Целевым значением МНО при приеме варфарина у лиц, перенесших ТЭЛА является

A. 1,0-1,5

B. 2,0-2,5

C. 3,0-3,5

D. 4,0-4,5

310. У больных с ТЭЛА отменять гепарин (нефракционированный или низкомолекулярный) следует

A. На 7-8 день лечения

B. При уменьшении выраженности легочной гипертензии по данным эхокардиографии

C. Когда достигнуто целевое значение МНО при одновременном назначении варфарина

D. При появлении признаков реканализации пораженных легочных артерий (по данным КТпульмонангиографии)

311. Доза эноксапарина для профилактики ТЭЛА в послеоперационном периоде составляет

A. 0,4 мл однократно в сутки

B. 0,4 мл дважды в сутки

C. 0,8 мл однократно в сутки

D. 0,8 мл х дважды в сутки

312. ЭКГ-признаком атрио-вентрикулрной блокады III степени является

A. Постепенное удлинение интервала pq (pr)

B. Отсутствие комплекса QRS после некоторых зубцов р

C. Атрио-вентрикулярная диссоциация

D. Расширение комплекса QRS

313. При остро развившейся атрио-вентрикулярной блокаде III степени наиболее эффективным методом интенсивной терапии является

A. Внутривенное введение 1-2 мг атропина

B. Чрезпищеводная кардиостимуляция

C. Временная эндокардиальная кардиостимуляция

D. Электро-импульсная терапия

314. Механизм антиаритмического действия лидокаина связан с

A. Блокадой натриевых каналов кардиомиоцитов желудочков

B. Блокадой кальциевых каналов клеток атрио-вентрикулярного узла

C. Блокадой калиевых каналов проводящих и сократительных кардиомиоцитов

D. Активацией аденозиновых рецепторов

315. Показанием к введению лидокаина в качестве антиаритмического препарата является

A. Синусовая тахикардия более 150 в минуту

B. Пароксизм реципрокной атрио-вентирулярной тахикардия

C. Пароксизм желудочковой тахикардии

D. Профилактика фибрилляции желудочков у больного с острым инфарктом миокарда

316. Купирование реципрокной атрио-вентирулярной тахикардии при неэффективности вагусных проб следует начинать с

A. Внутривенного введения 750-1000 мг новокаинамида

B. Внутривенного введения 300-450 мг амиодарона

C. Внутривенного введения 20-40 мг АТФ

D. Внутривенной инфузии 0,25 мг дигоксина

317. Для купирования реципрокной атрио-вентрикулярной тахикардии у больного WPW противопоказано введение

A. Амиодарона

B. АТФ

C. Новокаинамида

D. Верапамила

318. При постоянной форме фибрилляции предсердий для купирования выраженной тахикардии следует использовать

A. Бета-блокаторы

B. Амиодарон

C. Лидокаин

D. Электро-импульсную терапию

319. Стандартное определение случая инфекции, которое используют для наблюдения за широтой распространения нозокомиальных инфекций в ОРИТ - это:

A. Клинический диагноз нозокомиальной инфекции, который установлен лечащим врачом

B. Набор стандартных критериев/признаков инфекционного заболевания для решения вопроса об учете случая инфекции при проведении эпидемиологического наблюдения

320. У пациента с ИВЛ выявлена пневмония, возбудителем которой является Klebsiella pneumonieae с β-лактамазой расширенного спектра (БРЛС) СТХ-М, препарат выбора для антибактериальной терапии:

A. цефтриаксон

B. эртапенем

C. амоксициллин / клавуланат

D. цефоперазон/сульбактам E. моксифлоксацин

321. Определите соответствие между патогенам Staphylococcus aureus и ведущим механизмом резистентности к антибиотикам:

A. Выработка беталактамаз и ферментативная инактивация антибиотика

B. Активный выброс антибиотика из микробной клетки - эффлюкс

C. Модификация мишени действия

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

1. Физиология боли. Периферические и центральные пути проведения болевой чувствительности. Действие боли на функции организма. Возможные пути блокады болевой импульсации.

2. Центральная нервная система и анестезия (местная и общая). Классификация методов обезболивания. Нейроэндокринные и метаболические изменения при обезболивании и операции.

3. Теории наркоза: коагуляционная, липоидная, нарушения окислительных процессов, адсорбционная, водных микрокристаллов. Теория наркоза в трудах отечественных ученых. Клиника наркоза, стадии наркоза.

4. Аппаратура для наркоза. Схема наркозного аппарата, основные узлы: баллоны с редукторами, дозиметры, испарители, клапанные устройства, присоединительные элементы. Дыхательные контуры - открытый, полуоткрытый, полузакрытый, закрытый. Аппараты реверсивного и нереверсивного типа. Вспомогательный инструментарий и приспособления.

5. Правила подготовки и эксплуатации наркозных аппаратов. Стерилизация и дезинфекция наркозных аппаратов. Предупреждение взрывов, правила техники безопасности.

6. Компоненты общей анестезии. Общие - торможение психического восприятия, гипорефлексия, анальгезия, нейровегетативная блокада, мышечная релаксация, поддержание адекватного кровообращения, регуляция обменных процессов. Специальные - использование аппаратов искусственного кровообращения (АИК), гипотермии, холодовой и фармакологической кардиоплегии, искусственной гипотонии.

7. Ингаляционный наркоз. Клинико-фармакологическая характеристика

ингаляционных анестетиков: эфир, закись азота, флюотан (фторотан), метоксифлюран (пентран), этран, изофлюран, севофлюран. Распределение в организме, растворимость в жирах, крови. Методика применения, противопоказания. Осложнения, их профилактика и лечение.

8. Мышечные релаксанты. Механизм действия, классификация, влияние на жизненно важные функции и системы организма. Факторы, пролонгирующие действие мышечных релаксантов. Клиническое применение, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

9. Неингаляционный наркоз. Классификация видов и методов неингаляционного наркоза: внутривенный, внутримышечный, внутрикостный, прямокишечный и др. Фармакодинамика и сравнительная характеристика различных неингаляционных анестетиков, их преимущества и недостатки. Препараты барбитуровой кислоты (гексенал, тионентал натрия), препараты небарбитурового ряда: пропофол (дипривaн), кетамин (калипсол), оксибутират натрия, этомидат, альтезин. Методы проведения неингалянионной анестезии различными анестетиками и их сочетаниями. Показания, противопоказания. Тотальная внутривенная анестезия. Опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

10. Комбинированные методы общей анестезии. Комбинированная общая анестезия с мышечными релаксантами, нейролептаналыезия, атаралгезия, центральная анальгезия, комбинированная общая электроанестезия.

11. Специальные методы анестезиологического обеспечения.

12. Искусственная гипотония. Фармакодинамика ганглиоблокаторов. Показания к применению искусственной гипотонии в анестезиологии. Методика искусственной гипотонии. Опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

13. Общее искусственное кровообращение. Методика обезболивания операций, выполняемых под общим искусственным кровообращением. Показания. Осложнения, их профилактика и лечение.

14. Искусственная гипотермия в анестезиологии. Классификация методов, методики гипотермии. Особенности проведения гипотермии в условиях анестезии. Осложнения, их профилактика и лечение. Показания и противопоказания к искусственной гипотермии.

15. Гипербарическая оксигенация. Общая анестезия в условиях гипербарической оксигенации в барокамерах-операционных.

16. Электростимуляционная (электроакупунктурная) анестезия. Показания к применению, осложнения, их профилактика и лечение.

17. Местная анестезия. Местные анестетики (новокаин, тримекаин, ксикаин, совкаин, дикаин и др.). Механизм действия, Фармакодинамика. Подготовка к проведению местной анестезии. Виды местной анестезии: поверхностная, инфильтрационная по А.В.Вишневскому, проводниковая (стволовая, нервных сплетений, паравертебральная), внутрикостная, внутривенная (под жгутом). Новокаиновые блокады рефлексогенных зон.

18. Эпидуральная и спинномозговая анестезия. Методика проведения. Показания и противопоказания. Осложнения, их профилактика и лечение. Комбинированная эпидуральная анестезия с применением мышечных релаксантов, ИВЛ и препаратов для общей анестезии.

19. Основные этапы комбинированной общей анестезии (техника и клиника анестезии). Период введения в анестезию, период поддержания анестезии, период выведения (прекращения общей анестезии).

20. Опрос и осмотр больного. Лабораторные и функциональные обследования. Оценка состояния больного. Оценка степени операционного риска. Психопрофилактическая, лечебно-предупредительная подготовка к операции.

21. Премедикация, ее цели. Фармакодинамика снотворных, седативных, антигистаминных средств, нейролептиков, атарактиков, наркотических анальгетиков и холинолитических средств. Оценка эффективности премедикапии.

22. Вводный наркоз неингаляпионными и ингаляционными анестетиками и их сочетаниями. Методика проведения, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

23. Период поддержания анестезии. Показания к применению различных анестетиков. Контроль за состоянием больного в ходе анестезии и операции. Ведение анестезиологической карты. Методы контроля за кровопотерей во время операции.

24. Период выведения (прекращения общей анестезии). Выведение больного из состояния общей анестезии.

25. Осложнения ближайшего посленаркозного периода, их профилактика и лечение.

26. Изменения функции жизненно важных органов и систем во время анестезии и операции

27. Центральная нервная система. Угнетение деятельности ЦНС во время наркоза. Электроэнцефалографический контроль глубины наркоза. Изменения рефлекторной деятельности. Основные рефлексы для контроля глубины наркоза. Нейровегетативная блокада.

28. Сердечно-сосудистая система в условиях анестезии. Физиология и патофизиология кровообращения. Контроль за кровообращением во время анестезии и в раннем посленаркозном периоде (артериальное давление, центральное венозное давление, ОЦК, электрокардиография). Мониторное наблюдение. Пульсоксиметрия.

29. Дыхательная система и общая анестезия. Физиология и патофизиология дыхания. Контроль за функцией дыхания при хирургических вмешательствах при спонтанном дыхании больного.

30. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Основные различия между спонтанным дыханием и искусственной вентиляцией легких. Методы ИВЛ, выбор параметров вентиляции. Отрицательные эффекты искусственной вентиляции легких. Осложнения ИВЛ, их профилактика и лечение. Абсолютные и относительные показания к ИВЛ. Аппараты для ИВЛ, их классификация, принцип работы.

31. Вспомогательная вентиляция легких (ВИВЛ). Показания и методика проведения.

32. Нарушения кислотно-щелочного состояния и водно-электролитного баланса во время анестезии, их коррекция. Инфузинно-трансфу-зионная терапия во время проведения анестезии и операции.

33. Изменения функции печени, почек во время анестезии и операции, их коррекция. Влияние наркоза на печень.

34. Свертывающая и антисвертывающая системы крови в условиях анестезии.

35. Частная анестезиология (выбор метода обезболивания при различных оперативных вмешательствах)

36. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии при операциях на голове и шее. Общая анестезия в нейрохирургии.

37. Выбор метода обезболивания при операциях на сердце и магистральных сосудах.

38. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии при операциях на органах

грудной полости.

39. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии при операциях на органах брюшной полости.

40. Выбор метода обезболивания при эндоскопических оперативных вмешательствах.

41. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии в травматологии и ортопедии. Травматический шок и обезболивание. Выбор метода обезболивания при внеполостных операциях.

42. Общая анестезия при краткосрочных хирургических вмешательствах, эндоскопических и диагностических исследованиях.

43. Анестезия в амбулаторной практике и в условиях скорой помощи.

44. Выбор метода обезболивания в экстренной хирургии. Особенности подготовки больных к операции и наркозу.

45. Общая анестезия в акушерстве и гинекологии: обезболивание родов. лечебный акушерский наркоз, общая анестезия при малых акушерских операциях, анестезия при операции кесарева сечения. Общее обезболивание гинекологических операций и болезненных диагностических манипуляций.

46. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии у больных с сопутствующими заболеваниями (органов кровообращения, дыхания, желудочнокишечного тракта, эндокринных органов и др.).

47. Физиологические и патофизиологические особенности проведения общей анестезии у больных пожилого и преклонного возраста.

48. Выбор метода обезболивания у детей.

49. Особенности проведения анестезии у больных, находящихся в терминальном состоянии.

50. Лечение хронических болевых синдромов.

51. Общие вопросы реаниматологии и интенсивной терапии

52. Определение реаниматологии как раздела медицины, изучающего теорию и разрабатывающего методы восстановления жизненно важных функций организма после остановки дыхания и кровообращения, после клинической смерти, обеспечивающей искусственное замещение, управление и восстановление жизненно важных функций. Лечение больных, находящихся в терминальных состоящих.

53. Определение интенсивной терапии как применение методов временного искусственного замещения или управления нарушенными функциями жизненно важных органов в сочетании с этиопатогенетической терапией для предупреждения или устранения тяжелых витальных расстройств организма.

54. Организация отделений реанимации и интенсивной терапии. Оснащение и оборудование отделений реанимации. Принципы работы в отделении реанимации. Показания и противопоказания для госпитализации и перевода больных в отделение реанимации. Взаимоотношение врача-реаниматолога с врачами других специальностей и с родственниками больных.

55. Классификация терминальных состояний. Патофизиологические сдвиги при терминальных состояниях. Клиническая смерть.

56. Остановка кровообращения. Причины, предвестники, симптомы, диагностика. Виды остановки сердца, клинические признаки, диагностика.

57. Методы сердечно-легочной реанимации на догоспитальном и госпитальном этапе.

Массаж сердца. Виды массажа - прямой (открытый), непрямой (закрытый), методика, показатели эффективности, осложнения.

58. Простейший метод сердечно-легочной реанимации при оказании помощи одним и двумя реаниматорами.

59. Электроимпульсная терапия: дефибрилляция, кардиоверсия, электрическая стимуляция. Показания, методика, показатели эффективности, осложнения; медикаментозная терапия. Фармакология веществ, применяемых для восстановления деятельности сердца, показания к их применению, дозы, порядок и пути введения (внутривенное, интратра-хеальное, внутрисердечное). Инфузионная терапия при проведении сердечно-легочной реанимации.

60. Зависимость лечебных мероприятий от вида остановки сердца. Последовательность проведения реанимационных мероприятий и методов интенсивной терапии при выведении больного из состояния клинической смерти.

61. Методы контроля за состоянием жизненно важных органов и систем организма при проведении реанимации. Мониторинг.

62. Клинические признаки, свидетельствующие о наступлении "мозговой смерти", биологической смерти. Показания для прекращения реанимационных мероприятий.

63. Вопросы деонтологии при прекращении реанимации. Этические и социально-правовые проблемы, связанные с прекращением реанимации.

64. Понятие о болезни оживленного организма. Ведение больного в раннем постреанимационном периоде. Возможные осложнения, их профилактика и лечение.

65. Этиология, патогенез, патофизиологические и клинические признаки острой дыхательной недостаточности.

66. Методы реанимации и интенсивной терапии при острой дыхательной недостаточности (синдром частичной трахеобронхиальной непроходимости, расстройства биомеханики дыхания, патологические состояния легких центрального происхождения и др.).

67. Показания и методика проведения кислородотерапии, гелиотерапии, чрескожной катетеризации трахеи и бронхов, лечебной бронхоскопии.

68. Методика проведения вспомогательной и искусственной вентиляции легких, показания к ее проведению. Искусственная вентиляция легких простейшими методами "рот в рот", "рот в нос", "рот в нос и в рот", мешком типа Амбу, мешком и мехом наркозного аппарата.

69. Аппараты для ИВЛ, их классификация, принцип работы. Длительная искусственная вентиляция легких. Выбор режима легочной вентиляции в зависимости от основной патологии у хирургических и терапевтических больных. Особенности ИВЛ с положительно-положительным давлением, применение высокочастотной инжекционной ИВЛ, вспомогательная ИВЛ. Осложнения ИВЛ, их устранение.

70. Показания к трахеостомии. Осложнения. Уход за трахеостомированным больным. Гипербарическая оксигенация. Механизмы действия ГБО на организм. Показания и противопоказания к ГБО в реаниматологии.

71. Основные формы нарушений КЩС и их клинические проявления. Принципы коррекции.

72. Нарушения водно-электролитного баланса. Клинические признаки, диагностика, лечение.

73. Основные принципы длительной инфузионной терапии. Показания. Техника. Катетеризация магистральных вен. Составление инфузионных программ. Основные инфузионные среды. Контроль инфузионной терапии. Специальные методы инфузионной терапии (трансумбиликальная, эндолимфатическая, дезинтоксикационная, регидратационная, дегидратационная и др.). Осложнения инфузионной терапии, их профилактика и лечение.

74. Парентеральное питание. Патофизиологическое обоснование парентерального питания. Препараты, используемые для парентерального питания. Методика проведения.

75. Лечебный наркоз. Виды лечебного наркоза. Анестетики, используемые для лечебного наркоза. Методика проведения. Показания. Возможные осложнения и их профилактика.

76. Клиническая реаниматология

77. Реанимация и интенсивная терапия при шоке различной этиологии.

78. Травматический шок - патофизиология, реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Особенности реанимационных мероприятий и интенсивной терапии при синдроме длительного раздавливания, при сдавлении грудной клетки. Черепно-мозговая травма, реанимация и интенсивная терапия.

79. Ожоговый шок. Патофизиология, биохимические сдвига. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия, особенности анестезии, инфузионная терапия.

80. Анафилактический шок. Этиология, патофизиология, реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Особенности реанимации и интенсивной терапии при шоке после введения антибиотиков.

81. Геморрагический шок. Патофизиология, диагностика, реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Интенсивная терапия афибриногенами.

82. Реанимационные мероприятия при трансфузионном шоке вследствие переливания несовместимой крови.

83. Судорожный синдром. Реанимационные мероприятия. Применение лечебного наркоза, мышечных релаксантов, продленной искусственной вентиляции легких, краниоцеребральной гипотермии. Особенности реанимационных мероприятий и интенсивной терапии при столбняке.

84. Гипертермический синдром. Патофизиология. Клиника. Интенсивная терапия. Злокачественная гипертермия. Методы интенсивной терапии при делириозных состояниях.

85. Интенсивная терапия при пароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмии, экстрасистолии, синдроме Морганьи - Эдамс - Стокса.

86. Реанимация и интенсивная терапия при осложненном инфаркте миокарда (кардиогенный шок, отек легких, нарушения ритма). Интенсивная терапия при пароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмии, экстрасистолии, синдроме Морганьи - Эдамс - Стокса. Вспомогательное кровообращение. Электроимпульсная терапия (дефибрилляция, кардиоверсия и электростимуляпия сердца) при инфаркте миокарда и нарушениях ритма. Гипертонический криз, патофизиология, интенсивная терапия.

87. Тромбоэмболия в системе легочной артерии. Патогенез, клиника, диагностика, реанимация и интенсивная терапия.

88. Реанимация и интенсивная терапия при острой дыхательной недостаточности, развившейся вследствие массивной пневмонии, ателектазов легких, некупирующегося приступа бронхиальной астмы, аспирационного синдрома, бронхо- и ларингоспазма, отека

подсвязочного пространства. Респираторный дистресс-синдром.

89. Реанимация и интенсивная терапия при несчастных случаях (утопление в соленой воде и пресной воде, асфиксия, электротравма, переохлаждение, тепловой удар, синдром длительного сдавления). Патофизиология, последовательность реанимационных мероприятий.

90. Интенсивная терапия при коматозных состояниях: гипер- и гипогликемическая кома, гиперосмолярная кома, отек мозга, острые нарушения мозгового кровообращения, судорожный синдром, гипертермический синдром.

91. Экзогенные интоксикации. Пути попадания токсических веществ в организм. Отравление алкоголем и его суррогатами, снотворными и седа-тивными средствами, ФОС, хлорированными углеводородами, прижигающими жидкостями, угарным газом, грибами. Укус ядовитых змей, насекомых. Патофизиология, клиника, диагностика. Общие принципы лечения острых отравлений. Особенности интенсивной терапии при различных острых отравлениях. Патофизиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия при пищевой токсикоинфекции, ботулизме, холере.

92. Острая почечная недостаточность. Патофизиология, клиническое течение, интенсивная терапия. Показания к перитонеальному диализу, ге-модиализу и гемофильтрации, лимфосорбции, гемосорбпии и плазмаферезу.

93. Острая печеночная недостаточность. Патофизиология, клиническое течение Печеночная кома. Интенсивная терапия. Показания к гемосорбции, лимфосорбции, использованию гетеротропной печени.

94. Методики интенсивной терапии при подготовке тяжелых хирургических больных к операции (коррекция нарушений гемодинамики, дыхания, водноэлектролитного и белкового балансов, КЩС).

95. Интенсивная терапия раннего послеоперационного периода. Коррекция функциональных нарушений у больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, перитонита, стеноза привратника, кишечных свищей. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии и парентерального питания в послеоперационном периоде у больных, оперированных на органах брюшной полости.

96. Интенсивная терапия при тяжелых формах позднего токсикоза беременных, при токсико-инфекционном шоке, острой почечной и печеночной недостаточности у акушерско-гинекологических больных.

97. Интенсивная терапия и реанимация у акушерско-гинекологических больных: при операциях в условиях острой массивной кровопотери, интенсивная терапия при ДВС-синдроме, эмболии в системе легочной артерии, эмболии околоплодными водами, при синдроме Мендельсона.

98. Особенности интенсивной терапии раннего послеоперационного периода после акушерских и гинекологических операций у женщин с сопутствующими заболеваниями. Инфузионно-трансфузионная терапия, коррекция КЩС, водноэлектролитного и белкового балансов.

99. Интенсивная терапия и реанимация новорожденных. Вторичная асфиксия новорожденных.

100. Особенности интенсивной, реанимационной и трансфузионной терапии в педиатрической практике.