

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 10.07.2026 15:17:57
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480231b3c1a975e66

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

20 26 года

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

Б1.О.01
Анестезиология-
реаниматология

Фонд оценочных средств по дисциплине «Анестезиология-реаниматология»

**Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины
«Анестезиология-реаниматология»**

В результате изучения учебной дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпуск	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК (Универсальные компетенции)	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессионально м контекст	<p>УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - источники профессиональной информации, - клинические рекомендации по лечению пациентов с различными заболеваниями и состояниями, требующими интенсивной терапии и/или оказания анестезиологического пособия. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать полученную информацию, сопоставлять ее с различными источниками, критически оценивать результаты клинических исследований. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - технологией сравнительного анализа - дифференциально-диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации. <p>УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - учебную и научную литературу, - нормативно-правовые документы и интернет-ресурсы для поиска информации в области медицины и специальности, - способы обучения новым достижениям. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - критически оценивать публикации, найденные в специальной литературе и профессиональных интернет-ресурсах, оценивать возможность применения их на практике, в зависимости от заболевания и состояния пациента, организовать применение новых достижений в клинической практике. <p>Владеть:</p>

		- новыми достижениями в области медицины, способами их применения.
ОПК (Общепрофессиональные компетенции)	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	<p>ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - этиологию и патогенез основных нозологических форм заболеваний и патологических синдромов, встречающихся в практике анестезиологии-реаниматологии; - клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику синдромов острых нарушений функций систем и органов; патофизиологию острой травмы, кровопотери, шока, коагулопатий, гипотермии, болевых синдромов, острой дыхательной и сердечно - сосудистой недостаточности; - патофизиологию различных видов умирания и клинической смерти, восстановительного периода после оживления (постреанимационной болезни). <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства; оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии; обеспечить надлежащий уровень специального обследования пациентов, оценить тяжесть состояния реанимационных больных и степень операционно-анестезиологического риска. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основами синдромологического анализа (в т.ч. при синдромах острой сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, печеночной, почечной недостаточности, при критических состояниях эндокринного генеза) предоперационного обследования, лечебной подготовки к операции и анестезии; технологией проведения рутинных методов лабораторных и инструментальных анализов. <p>ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы диагностики при различных состояниях в практике врача анестезиолога-реаниматолога. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать необходимо достаточный комплекс

		<p>лабораторных и инструментальных методов исследования, организовать проведение необходимого комплекса обследований как предоперационного, так и в отделении и интенсивной терапии.</p> <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками проведения комплекса диагностических манипуляций, входящих в компетенцию врача-анестезиолога-реаниматолога, знаниями организации проведения диагностического комплекса для пациента, находящегося в отделении интенсивной терапии и готовящегося на оперативное лечение.
	<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.</p>	<p>ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - этиологию и патогенез критических состояний, - основные принципы лечения пациентов в критическом состоянии, - основные методы анестезиологического обеспечения при различных вмешательствах. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выбирать методы лечения и анестезии в зависимости от поставленных задач. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками современных методов анестезии интенсивной терапии. <p>ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы контроля эффективности и безопасности проводимого лечения в условиях отделения интенсивной терапии, методы контроля за эффективностью и безопасностью выбранного метода анестезии. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять на практике методы контроля эффективности и безопасности выбранного метода анестезии и методов интенсивной терапии. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками определения рисков выбранного метода анестезии и интенсивной терапии, навыками интерпретации данных, полученных методами контроля за эффективностью и безопасностью выбранного метода анестезии и/или интенсивной терапии.
	<p>ОПК-6. Способен проводить в отношении</p>	<p>ОПК-6.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу.</p> <p>Знать:</p>

	<p>пациентов медицинскую экспертизу</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Основные нормативно-правовые акты, регламентирующие проведение медицинской экспертизы пациентов, находящихся на лечении в стационаре и в отделении интенсивной терапии. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Формулировать заключение для направления пациентов на медико-социальную экспертизу. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыком направления пациентов на медико-социальную экспертизу. <p>ОПК-6.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Признаки стойкого нарушения функции организма - Принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности и отдельных видов медицинских экспертиз. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Организовать проведение необходимых процедур по направлению пациента на медицинскую экспертизу в зависимости от поставленной задачи. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками организации проводимой медицинской экспертизы в зависимости от конкретной задачи - Навыком проведения медико-социальной экспертиз.
	<p>ОПК-7 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ОПК-7.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основы государственной политики в области охраны здоровья, принципы и методы формирования здорового образа жизни у населения Российской Федерации; - Основы профилактики заболеваний, методы санитарно-просветительской работы, нормативно-правовые документы. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Провести профилактические мероприятия по формированию здорового образа жизни у населения. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками проведения разъяснительной работы по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

		<p>ОПК-7.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основы профилактики неинфекционных заболеваний, стратегии государственной политики в области профилактики и принципов предупреждения возникновения неинфекционных заболеваний среди населения путем внедрения принципов здорового образа жизни, проведения профилактических мероприятий. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Контролировать применение принципов здорового образа жизни и проведение профилактических мероприятий. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками контроля и оценки эффективности применения профилактических мер для формирования здорового образа жизни.
	<p>ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-8.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Общие принципы организации службы анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, действующие приказы и другие документы, регулирующие деятельность службы, оснащение отделений и гигиенические требования; - Организационно-экономические основы деятельности организаций здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; - Правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «интернет»; - Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности; - Использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «интернет»; - Организовать работу вверенного медицинского персонала. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проведением работ по обеспечению внутреннего

		<p>контроля качества и безопасности медицинской деятельности;</p> <p>- Использование информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «интернет».</p>
	<p>ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>ОПК-9.1 Оценивает состояния пациентов.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основные симптомы проявления угрожающих жизни состояний, требующих срочного медицинского вмешательства <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками распознавания состояний, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме. <p>ОПК-9.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Методы оказания первой помощи при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Применить в соответствии с выявленными нарушениями те или иные методы оказания неотложной медицинской помощи. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.
<p>ПК (Профессиональные компетенции)</p>	<p>ПК-1. Способен к оказанию скорой специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология"</p>	<p>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</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Общие вопросы организации медицинской

	вне медицинской организации	<p>помощи населению;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний; - Порядок оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология»; - Стандарты скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Анатомо-функциональное состояние органов пациента в норме, при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Методы диагностических исследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по
--	-----------------------------	---

		<p>профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, классификация, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - МКБ; <p>Медицинские изделия, применяемые при обследовании пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, принципы обеспечения безопасности диагностических манипуляций;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникновение которых возможно в результате диагностических мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Проводить осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Интерпретировать и анализировать результаты осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой
--	--	--

		<p>специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пациентов, требующего оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Обосновывать объем обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Проводить обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма пациента в норме, при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Использовать методы осмотра и обследования пациента с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующим порядком оказания
--	--	--

		<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, такие как:</p> <ul style="list-style-type: none"> - физикальное обследование пациента; - оценка глубины расстройств сознания по шкале Глазго; - оценка признаков внутричерепной гипертензии; - оценка признаков гипертензионно-дислокационного синдрома; - оценка степени дегидратации; - ультразвуковой мониторинг распознавания свободной жидкости в перикарде, плевральной и брюшной полостях, пневмоторакса с помощью портативного аппарата ультразвуковой диагностики; - регистрация электрокардиограммы; - расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных; - измерение артериального давления на периферических артериях; - пульсоксиметрия; - проведение мониторинга состояния пациента по показателям электрокардиограммы, артериального давления, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии, температуры с помощью транспортных аппаратов мониторинга жизненно важных функций организма; - исследование уровня глюкозы в крови; - Интерпретировать и анализировать результаты обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Выявлять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Устанавливать диагноз заболевания и (или) состояния, требующего оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне
--	--	---

		<p>медицинской организации, с учетом действующей МКБ. Проводить работу по обеспечению безопасности диагностических манипуляций</p> <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Анализом информации, полученной от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Навыками осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Навыками интерпретации и анализа результатов осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Навыками выявления у пациентов заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - Навыками оценки тяжести заболевания и (или) состояния пациентов, требующего оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; - навыками обоснования объема обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
--	--	--

		<p>- Навыками проведения обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов; медицинской помощи;</p> <p>- Навыками интерпретации и анализа результатов обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации</p> <p>- Навыками применения медицинских изделий в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Навыками выявления осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации</p> <p>- Навыками установления диагноза заболевания и (или) состояния, требующего оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) - Навыками обеспечения безопасности диагностических Манипуляций.</p> <p>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.</p> <p>Знать:</p> <p>- Методы лечения пациентов с заболеваниями и</p>
--	--	--

		<p>(или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации; медицинские показания и медицинские противопоказания к их назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные - Медицинские вмешательства при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации -показания и противопоказания к их назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные - Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Медицинские изделия, применяемые при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, а также правила их применения - Содержание упаковок и наборов для оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Методы обезболивания при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Требования асептики и антисептики при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне
--	--	--

		<p>медицинской организации</p> <ul style="list-style-type: none"> - Общие вопросы организации оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, тактика работы при чрезвычайных ситуациях, стихийных бедствиях, микросоциальных конфликтах - Принципы медицинской сортировки и установления последовательности оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации при массовых заболеваниях, травмах или иных состояниях, в том числе при ликвидации медицинских последствий чрезвычайной ситуации - Основы взаимодействия с экстренными оперативными службами, силами гражданской обороны, Всероссийской службой медицины катастроф - Показания к вызову специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» - Показания к медицинской эвакуации в медицинские организации по профилю «анестезиология-реаниматология» - Правила перемещения и транспортировки пациентов при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Правила осуществления медицинской эвакуации пациентов с одновременным проведением во время транспортировки пациента мероприятий по мониторингу жизненно важных функций, их поддержанию или замещению при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по профилю "анестезиология-реаниматология" вне медицинской организации (в составе врачебной специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи или авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи, включая осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в
--	--	---

		<p>соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определять медицинские показания и противопоказания для медицинских вмешательств при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Назначать лекарственные препараты и применять медицинские изделия при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Выполнять следующие медицинские вмешательства при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации: <ul style="list-style-type: none"> - проведение комплексной сердечно-легочной и церебральной реанимации с определением условий отказа от ее проведения и показаний к ее прекращению; - обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, в том числе с помощью воздуховодов, ларингеальной трубки, комбитьюба, ларингеальной маски, интубации трахеи методом прямой ларингоскопии; - проведение закрытого массажа сердца (ручного и с помощью специальных медицинских изделий); - электроимпульсная терапия (дефибрилляция, кардиоверсия); - оксигенотерапия; - искусственная вентиляция легких (далее - ИВЛ) с использованием аппаратов искусственной вентиляции легких различных типов, комплектов дыхательных для ручной ИВЛ; - применение ИВЛ в режимах - с контролем по объему, с контролем по давлению; - применение вспомогательной вентиляции легких; - обезболивание; - транспортная иммобилизация конечностей,
--	--	---

		<p>позвоночника и таза при травмах;</p> <ul style="list-style-type: none"> - применение методов десмургии; остановка кровотечения с помощью механических средств и лекарственных препаратов; - проведение первичной обработки ран различной этиологии (обработка, наложение асептической повязки), в том числе при ожогах, отморожениях; - осуществление родовспоможения вне медицинской организации, включая первичную обработку новорожденного; - внутрикожное, подкожное, внутримышечное, внутривенное, внутрикостное, сублингвальное, эндотрахеальное введение лекарственных препаратов; - проведение инфузионной терапии, в том числе с использованием инфузоматов; - проведение системного тромболизиса; - пункция и катетеризация центральных и периферических вен, в том числе с использованием ультразвукового исследования (далее -УЗИ); - наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе; - пункция и дренирование плевральной полости; - ингаляционное введение лекарственных препаратов с помощью ингаляторов, небулайзеров; - катетеризация мочевого пузыря с помощью мягких катетеров; - зондовое промывание желудка; - коникотомия, коникостомия, коникопункция и микротрахеостомия; - профилактика и лечение аспирационного синдрома; - профилактика и лечение жировой эмболии; - применение мер по ограничению движений пациента, угрожающих его здоровью или проведению лечебных мероприятий - Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния, требующего оказания скорой
--	--	---

		<p>специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, корректировку лечения в зависимости от особенностей течения</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определять медицинские показания к вызову специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи - Определять медицинские показания к медицинской эвакуации пациента в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «анестезиология-реаниматология» - Обосновывать выбор медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «анестезиология-реаниматология», для медицинской эвакуации пациента - Осуществлять мониторинг жизненно важных функций их поддержание или замещение во время медицинской эвакуации пациента по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Организовывать и обеспечивать мониторинг жизненно важных функций, их поддержание или замещение при перемещении, в том числе в автомобиль скорой медицинской помощи, и транспортировке пациента при выполнении медицинской эвакуации - Проводить медицинскую сортировку пациентов и устанавливать последовательность оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации при массовых заболеваниях, травмах или иных состояниях - Оценивать результаты медицинских вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осуществлением незамедлительного выезда (вылета) на место вызова скорой медицинской помощи в составе врачебной специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи или авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи - Оказанием скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации (в составе врачебной
--	--	---

		<p>специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи или авиамедицинской выездной бригады скорой медицинской помощи), включая осуществление мероприятий, способствующих стабилизации или улучшению клинического состояния пациента, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний для медицинских вмешательств при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Назначением лекарственных препаратов и применение медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Оценкой эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Профилактикой или лечением осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий при оказании скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации - Определением показаний к вызову специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи - Определением показаний к медицинской эвакуации пациента в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь по профилю «анестезиология-реаниматология» - Обоснованием выбора медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю «анестезиология-реаниматология», для медицинской эвакуации пациента
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Мониторингом жизненно важных функций, их поддержание или замещение при проведении медицинской эвакуации пациента вне медицинской организации - Поддержанием или замещением жизненно важных функций при перемещении, в том числе в автомобиль скорой медицинской помощи, и транспортировке пациента при выполнении медицинской эвакуации - Медицинской сортировкой пациентов и установлением последовательности оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации при массовых заболеваниях, травмах или иных состояниях - Оценкой результатов медицинских вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации.
	<p>ПК-2. Способен к оказанию специализированной медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" в стационарных условиях и в условиях дневного стационара</p>	<p>ПК-2.1 Проводит обследование пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, устанавливает диагноз органной недостаточности.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Общие вопросы организации медицинской помощи населению - Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология»; - Стандарты медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология»; - Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению экстракорпоральных методов лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: <ul style="list-style-type: none"> - фильтрационного; - сорбционного; - обменного; - модификационного; - экстракорпоральной мембранной оксигенации; - аортальной баллонной контрпульсации; - низкоинтенсивной лазеротерапии (внутривенного облучения крови) - перитонеального диализа; - энтеросорбции; - плазмафереза; - гемодиализа; - альбуминового гемодиализа; - гемофильтрации

		<p>крови; - ультрафильтрации крови; - ультрафиолетового облучения крови; - гемосорбции; - иммуносорбции; - эритроцитафереза; -гемодиафильтрации; - операции заменного переливания крови; - реинфузии крови; - непрямого электрохимического окисления крови;</p> <p>- Функциональные и лабораторные методы исследования и мониторингирования течения анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Функциональные и лабораторные методы диагностики острых нарушений функций систем и органов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Принципы применения при обследовании пациентов медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Принципы применения полученных результатов обследования для формулирования предварительного диагноза;</p> <p>- Особенности анатомических и функциональных нарушений строения лицевого скелета, гортани и трахеи для оценки риска трудной интубации;</p> <p>- Клинические, функциональные и лабораторные признаки острой дыхательной недостаточности;</p> <p>- Клинические, функциональные и лабораторные признаки степени острой недостаточности кровообращения;</p> <p>- Клинические, функциональные и лабораторные признаки степени острой почечной, печеночной и нутритивной недостаточности;</p> <p>- Медицинские показания и медицинские противопоказания к началу применения технологий искусственного замещения или поддержания временно и обратимо нарушенных</p>
--	--	---

		<p>функций органов и (или) систем при состояниях, угрожающих жизни пациента;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Клинические, функциональные и лабораторные показания к завершению применения технологий искусственного замещения или поддержания временно и обратимо нарушенных функций органов и (или) систем при состояниях, угрожающих жизни пациента; - Клинические, функциональные и лабораторные признаки острых отравлений; - Критерии определения степени и площади ожоговой травмы; - Клинические, функциональные и лабораторные признаки кислородной интоксикации и травмы повышенным давлением газа (баротравмы); - Нормальная и патологическая физиология нервной, эндокринной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, печени, почек и мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, системы крови; - Патофизиология острой травмы, в том числе химической, термической, кровопотери, шока, коагулопатий, гипотермии, гипертермии, болевых синдромов, острой дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной, нутритивной и полиорганной недостаточности; - Медицинские показания к назначению комплекса исследований для диагностики смерти мозга человека; - МКБ; - Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять сбор анамнестических сведений у пациента (его законного представителя) и от медицинских работников, а также из медицинской документации о характере заболевания и (или) состояния, времени их возникновения, сопутствующих и провоцирующих факторах; - Проводить осмотр пациентов с учетом возрастных групп; - Разрабатывать план обследования пациента, уточнять объем и методы обследования пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по
--	--	--

		<p>вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определять медицинские показания к назначению лабораторных, рентгенологических и функциональных методов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, организовывать выполнение исследований и проводить их интерпретацию; - Определять медицинские показания к назначению дополнительных методов обследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Назначать анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение) в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Применять методы обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом медицинского вмешательства и его неотложностью, установления диагноза, органной (полиорганной) недостаточности с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: - определение основных групп крови (А, В, 0); - определение резус-принадлежности; - исследование времени кровотечения; - пульсоксиметрию; - исследование диффузионной способности легких; - исследования сердечного выброса; - исследование времени кровообращения; - оценку объема циркулирующей крови; - оценку дефицита циркулирующей крови; - проведение импедансометрии; - исследование объема остаточной мочи; - исследование показателей
--	--	---

		<p>основного обмена; -суточное прикроватное мониторирование жизненных функций и параметров;</p> <p>- оценку степени риска развития пролежней у пациентов; - оценку степени тяжести пролежней у пациента; - оценку интенсивности боли у пациента;</p> <p>- Определять медицинские показания к назначению комплекса предоперационного исследования для проведения планового и экстренного медицинского вмешательства в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Определять медицинские показания к назначению комплекса исследований при проведении ИВЛ в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Определять медицинские показания к назначению комплекса исследований для выявления этиологии комы у пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- Проводить суточное наблюдение пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Осуществлять мониторинг основных параметров жизнедеятельности пациентов во время проведения анестезиологического пособия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи □ Определять медицинские показания к назначению комплекса исследований для диагностики синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови в соответствии с</p>
--	--	--

		<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать и анализировать результаты инструментального и лабораторного обследования пациентов - Определять медицинские показания к назначению консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Интерпретировать и анализировать результаты осмотров пациентов врачами-специалистами - Применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Формулировать предварительный диагноз с учетом действующей МКБ; - Оценивать риск трудной интубации пациента; - Распознавать острую дыхательную недостаточность у пациента; - Распознавать острую недостаточность кровообращения у пациента; - Распознавать острую почечную, печеночную и нутритивную недостаточность у пациента; - Определять медицинские показания к началу, продолжительности проведения и завершению применения технологий искусственного замещения или поддержания временно и обратимо нарушенных функций органов и (или) систем при состояниях, угрожающих жизни пациента - Распознавать острые отравления у пациента; - Определять степень и площадь ожоговой травмы у пациента; - Выявлять признаки кислородной интоксикации и травмы повышенным давлением газа (баротравмы) у пациента; - Организовывать консилиумы и консультации; - Оказывать консультативную помощь врачам-специалистам. <p>Владеть:</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Навыками сбора жалоб, анамнестических сведений у пациента (его законного представителя) и от медицинских работников, а также из медицинской и другой документации, о характере заболевания и (или) состояния, времени их возникновения, сопутствующих и провоцирующих факторах; - Навыками осмотра (консультации) пациента; - Разработкой плана обследования пациента, уточнение объема и методов обследования пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Назначением лабораторных, рентгенологических, функциональных методов исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, организация их выполнения, интерпретация результатов исследования; - Назначением дополнительных методов обследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Получением у врачей-специалистов информации о характере и объеме предполагаемого медицинского вмешательства; - Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к анестезиологическому пособию в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; Распознаванием состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояние клинической смерти; - Разработкой плана экстракорпоральной детоксикации организма в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания
--	--	--

		<p>медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определением медицинских показаний к началу, продолжительности проведения и завершению применения методов искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Проведением дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний и травм, обоснование диагноза с привлечением врачей-специалистов; - Назначение консультаций врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - Оценка результатов обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска в соответствии с соматическим статусом пациента, характером и объемом медицинского вмешательства и его неотложностью, установления диагноза, органной (полиорганной) недостаточности с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: <ul style="list-style-type: none"> - определения основных групп крови (А, В, 0); - определения резус-принадлежности; - исследования времени кровотечения; - пульсоксиметрии; - исследования диффузионной способности легких; - исследования сердечного выброса; - исследования время кровообращения; - оценки объема циркулирующей крови; - оценки дефицита циркулирующей крови; - проведения импедансометрии; - исследования объема остаточной мочи; - исследования показателей основного обмена; - суточного прикроватного мониторингирования жизненных функций и параметров; - оценки степени риска развития пролежней у пациентов; - оценки степени тяжести
--	--	---

		<p>пролежней у пациента; -оценки интенсивности боли у пациента;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Формулирование предварительного диагноза; - Установление диагноза с учетом действующей МКБ. <p>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.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология» - Стандарты медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология» - Функциональные и лабораторные методы исследования и мониторингирования течения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Топографическая анатомия нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, желудочно-кишечного тракта, необходимая для выполнения медицинских вмешательств, применяемых в анестезиологии-реаниматологии - Клиническая картина, функциональная и лабораторная диагностика острых нарушений функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Патологическая физиология острой травмы, в том числе химической, термической, кровопотери, шока, коагулопатий, гипотермии, гипертермии, болевых синдромов, острой дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной и полиорганной недостаточности - Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных препаратов - Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в анестезиологии-реаниматологии: медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные
--	--	---

		<p>осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные</p> <ul style="list-style-type: none"> - Физические и биохимические свойства медицинских газов и испаряемых анестетиков - Правила проведения сердечно-легочной реанимации - Принципы действия приборов для дефибрилляции и электроимпульсной терапии - Медицинские показания и медицинские противопоказания к применению методов детоксикации, в том числе при отдельных видах острых отравлений и эндотоксикозов - Медицинские показания и медицинские противопоказания к анестезиологическому пособию - Медицинские показания и медицинские противопоказания к экстракорпоральному лечению и протезированию жизненно важных функций - Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению гипербарической оксигенации - Основные принципы действия повышенного давления и повышенной концентрации кислорода на организм человека - Особенности возникновения и развития осложнений анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии, их диагностики и лечения - Методы анестезиологического пособия в различных областях хирургии, особенности анестезиологического пособия у пациентов разных возрастных групп, в том числе с сопутствующими заболеваниями и патологическими состояниями; методы искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций систем организма человека при состояниях, угрожающих жизни пациента - Патофизиология различных видов полиорганной недостаточности, стадии умирания и клинической смерти, восстановительного периода послеоживления (постреанимационной болезни) - Принципы асептики и антисептики - Вопросы фармакокинетики и проницаемости лекарственных препаратов через гематоэнцефалический и плацентарный барьер, а также в грудное молоко при лактации. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Оценивать тяжесть состояния пациента - Оценивать операционно-анестезиологический
--	--	---

		<p>риск в соответствии с соматическим статусом, характером и объемом медицинского вмешательства, и его неотложностью</p> <ul style="list-style-type: none"> - Интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и функциональных методов исследований - Оценивать состояние пациента на основании клинических, лабораторных и функциональных методов исследования - Оценивать состояние и выделять ведущие синдромы у пациентов, находящихся в критическом состоянии - Проводить сердечно-легочную реанимацию. Осуществлять непрерывный контроль состояния пациента, распознавать осложнения анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии, применять обоснованную корректирующую терапию - Обеспечивать проходимость дыхательных путей с помощью воздуховода, ларингеальной маски, комбинированной трубки - Осуществлять принудительную вентиляцию легких с помощью лицевой маски, интубацию трахеи на фоне введения миорелаксантов, ИВЛ ручную и с помощью респираторов, ИВЛ с раздельной интубацией бронхов, неинвазивную ИВЛ, высокочастотную ИВЛ, закрытый и открытый массаж сердца, дефибрилляцию, электроимпульсную терапию, электрокардиостимуляцию, чреспищеводную электрокардиостимуляцию - Выбирать и проводить наиболее безопасное для пациента анестезиологическое пособие с использованием наркозно-дыхательных аппаратов и диагностических приборов во время медицинского вмешательства, в том числе при болезненных манипуляциях и исследованиях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Выполнять пункцию и катетеризацию эпидурального и спинального пространства, блокаду нервных стволов и сплетений под контролем УЗИ - Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к применению экстракорпоральных методов лечения и протезирования жизненно важных функций
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Проводить низкоинтенсивную лазеротерапию (внутривенное облучение крови), перитонеальный диализ, энтеросорбцию, плазмаферез, гемодиализ, альбуминовый гемодиализ, гемофильтрацию крови, ультрафильтрацию крови, ультрафиолетовое облучение крови, гемосорбцию, иммуносорбцию, экстракорпоральную оксигенацию крови, кровопускание, эритроцитаферез, гемодиафильтрацию, операцию заменного переливания крови, реинфузию крови, не прямое электрохимическое окисление крови, процедуру искусственного кровообращения. Осуществлять функциональный и лабораторный мониторинг адекватности проводимого анестезиологического пособия и искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Определять необходимость в консультации врачей-специалистов - Определять медицинские показания для оказания медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «анестезиология-реаниматология» - Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению гипербарической оксигенации - Определять медицинские показания и медицинские противопоказания к аппаратной наружной и эндоваскулярной гипотермии - Интерпретировать результаты лабораторных, инструментальных и функциональных исследований - Проводить предоперационную подготовку с включением инфузионной терапии, парентерального и энтерального питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проводить лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: <ul style="list-style-type: none"> - синдрома острой дыхательной недостаточности; -синдрома острой сердечно-сосудистой недостаточности; - малого сердечного выброса; -острых геморрагических
--	--	--

		<p>нарушений, в том числе коагулопатий; -острой почечной, печеночной, надпочечниковой недостаточности; - острых нарушений углеводного, водно- электролитного обменов; - острого нарушения кислотно-основного баланса; - судорожного синдрома; - экзо- и эндотоксикоза; - белково- энергетической недостаточности; - полиорганной недостаточности</p> <p>- Оценивать метаболический статус, определять медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению энтерального, парентерального и смешанного питания</p> <p>- Выполнять: -пункцию и катетеризацию эпидурального и спинального пространства; - блокаду нервных стволов и сплетений; - трахеостомию (томию), смену трахеостомической трубки, деканулирование, закрытие трахеостомы, коникотомии; - торакоцентез, в том числе торакоцентез под контролем УЗИ; - пункцию плевральной полости под контролем УЗИ; - дренирование плевральной полости; - перикардиоцентез; -интубацию трахеи и санацию трахеобронхиального дерева; -эндотрахеальное введение лекарственных препаратов; - ингаляторное введение лекарственных препаратов и кислорода; -ингаляторное введение лекарственных препаратов через небулайзер; - чрезвенозную катетеризацию сердца; - транстрахеальную пункцию; -пункцию и катетеризацию центральных вен, в том числе под контролем УЗИ; -непрерывное внутривенное введение лекарственных препаратов; - внутриартериальное введение лекарственных препаратов</p> <p>- Принимать решения в случае трудной интубации с учетом анатомических особенностей верхних дыхательных путей и с соблюдением алгоритма действий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Проводить анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение): - аппликационную анестезию; -ирригационную анестезию; - инфильтрационную анестезию; - проводниковую анестезию; - эпидуральную анестезию; -спинальную анестезию; - спинально-эпидуральную анестезию; -тотальную</p>
--	--	---

		<p>внутривенную анестезию; - комбинированный эндотрахеальный наркоз, в том числе ксеноном; - сочетанную анестезию; - аналгоседацию. наркозно-дыхательной аппаратуры и их проверку, проверять наличие необходимых средств для анестезиологического пособия</p> <p>- Выбирать оптимальный вариант премедикации и проводить индукцию в наркоз с применением внутривенных или ингаляционных анестетиков с проведением ИВЛ или с сохранением спонтанного дыхания пациента</p> <p>- Оценивать восстановительный период после анестезиологического пособия и операции, готовность пациента к проведению экстубации и переводу его на самостоятельное дыхание</p> <p>- Организовать интраоперационный аппаратный мониторинг и вести динамическое наблюдение за пациентом во время и после анестезиологического пособия до полного восстановления всех жизненных функций</p> <p>- Выявлять возможные осложнения анестезиологического пособия и принимать меры по их устранению</p> <p>- Определять медицинские показания для проведения продленной ИВЛ в стационарных условиях по профилю «анестезиология-реаниматология» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническим медицинкой помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Обеспечивать проходимость дыхательных путей на этапах анестезиологического пособия или ведения послеоперационного периода</p> <p>- Выполнять фибротреахеоскопическую интубацию трахеи и санацию трахеобронхиального дерева</p> <p>- Организовывать мониторинг временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, после проведения медицинского вмешательства</p> <p>- Анализировать и корректировать показатели клинических, гемодинамических, волевических, метаболических, биохимических, расстройств, электрокардиографических (далее - ЭКГ) и электроэнцефалографических (далее - ЭЭГ) данных</p> <p>- Корректировать нарушения свертывающей и антисвертывающей систем крови, диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови, коагулопатию</p> <p>- Проводить незамедлительную диагностику</p>
--	--	--

		<p>остановки сердечной деятельности и выполнять алгоритм сердечно-легочной реанимации в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Применять различные шкалы для оценки тяжести состояния пациентов и прогнозирования исхода в анестезиологии-реаниматологии. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Навыками оценки состояния пациента перед анестезиологическим пособием - Определением индивидуальной чувствительности и переносимости лекарственных препаратов - Подбором лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Определением способов введения, режима и дозы лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Оценкой эффективности и безопасности применяемых лекарственных препаратов для обеспечения анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Разработкой плана анестезиологического пособия согласно соматическому статусу, характеру и объему медицинского вмешательства и его неотложности в соответствии с действующими
--	--	--

		<p>порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Разработкой плана искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проведением комплекса мероприятий по подготовке к анестезиологическому пособию, его проведению при различных медицинских вмешательствах, в том числе при болезненных манипуляциях и исследованиях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Осуществлением выбора вида анестезиологического пособия и его проведение согласно соматическому статусу, характеру и объему медицинского вмешательства и его неотложности в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проведением процедуры искусственного кровообращения - Проведением аппаратной наружной и эндоваскулярной гипотермии - Проведением сеанса гипербарической оксигенации и оценка его эффективности - Проведением анестезиологического пособия по закрытому контуру (в том числе ксеноном) - Проведением анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение): <ul style="list-style-type: none"> - аппликационная анестезия; - ирригационная анестезия; - инфильтрационная анестезия; - проводниковая анестезия; - эпидуральная анестезия; - спинальная анестезия; - спинально-эпидуральная анестезия; - тотальная внутривенная анестезия; - комбинированный эндотрахеальный
--	--	---

		<p>наркоз, в том числе ксеноном; - сочетанная анестезия; -аналгоседация</p> <p>- Выполнение пункции и катетеризации эпидурального и спинального пространства, блокады нервных стволов и сплетений под контролем УЗИ</p> <p>- Оказанием медицинской помощи пациентам при наличии состояний, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе при наличии состояния клинической смерти, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Применением экстракорпоральных методов лечения остро развившихся временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: - фильтрационных; - сорбционных; - обменных; - модификационных; - экстракорпоральной мембранной оксигенации; - аортальной баллонной контрпульсации; - низкоинтенсивной лазеротерапии (внутривенного облучения крови) – перитонеального диализа; - энтеросорбции; - плазмафереза; - гемодиализа; - альбуминового гемодиализа; - гемофильтрации крови; - ультрафильтрации крови; - ультрафиолетового облучения крови; - гемосорбции; - иммуносорбции; - эритроцитафереза; - гемодиафильтрации; - операции заменного переливания крови; - реинфузии крови; - непрямого электрохимического окисления крови</p> <p>- Проведением детоксикации при экзо- и эндотоксикозах в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>- Наблюдением за состоянием пациента после окончания анестезиологического пособия до восстановления и стабилизации жизненно важных систем организма</p> <p>- Проведением мероприятий по лечению осложнений анестезиологического пособия, реанимации и интенсивной терапии при</p>
--	--	---

		<p>состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний к проведению инфузионной терапии, выбор необходимых инфузионных и трансфузионных сред - Проведением инфузионной терапии - Определением группы крови пациента, проведение проб на совместимость и выполнение внутривенного переливания крови и ее компонентов, препаратов крови - Выявлением возможных посттрансфузионных реакций и осложнений и борьба с ними - Применением лекарственных препаратов, медицинских изделий и оборудования, используемых в анестезиологии-реаниматологии - Внедрением новых технологий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы. <p>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.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Причины развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, при острой травме (в том числе химической и термической), кровопотере, шоке, коагулопатии, гипотермии, гипертермии, болевых синдромах, острой дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной и полиорганной недостаточности - Клиническая картина, функциональная и лабораторная диагностика острых нарушений функций органов и систем организма человека - Анатомия, физиология и патофизиология органов и систем организма человека - Принципы профилактики и лечения основных осложнений анестезиологического пособия,
--	--	---

		<p>искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> - Особенности возникновения и развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, их диагностики и лечения у взрослых, детей и стариков - Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология» - Стандарты медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология» - Клиническое и фармакологическое обоснование использования средств и методов, применяемых для профилактики осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Основные причины развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, при острой травме, кровопотере, шоке, коагулопатии, гипотермии, гипертермии, болевых синдромах, острой дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной и полиорганной недостаточности. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определять объем и последовательность медицинских вмешательств с целью профилактики развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента, при оказании медицинской помощи - Осуществлять комплекс медицинских вмешательств с целью безопасности пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных
--	--	---

		<p>функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проводить профилактику развития инфекционных осложнений у пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Проводить медицинские вмешательства, направленные на предупреждение пролежней - Проводить медицинские вмешательства, направленные на предупреждение респиратор-ассоциированных пневмоний - Проводить медицинские вмешательства, направленные на предупреждение катетер-ассоциированных осложнений - Определять объем медицинских вмешательств по предупреждению тугоподвижности суставов - Определять медицинские показания к проведению инфузионной терапии, определять объем и свойства инфузируемых растворов, их совместимость и переносимость - Обеспечивать преемственность лечения пациентов - Оценивать на основании клинических, лабораторных и функциональных методов исследования состояние пациентов, в том числе требующих медицинской эвакуации, обеспечивать ее безопасность. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определением объема и последовательности медицинских вмешательств по профилактике развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Осуществлением комплекса медицинских вмешательств по обеспечению безопасности пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента - Осуществлением профилактики развития инфекционных осложнений у пациентов при проведении анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных
--	--	---

		<p>функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проведением медицинских вмешательств, направленных на предупреждение трофических нарушений кожных покровов - Проведением медицинских вмешательств, направленных на предупреждение респиратор-ассоциированных пневмоний - Проведением медицинских вмешательств, направленных на предупреждение катетер-ассоциированных осложнений - Определением объема медицинских вмешательств по предупреждению тугоподвижности суставов - Определением медицинских показаний для своевременного оказания медицинской помощи в стационарных условиях в отделении анестезиологии-реанимации - Определением медицинских показаний к проведению инфузионной терапии, определение объема и свойств инфузируемых растворов, их совместимости и переносимости - Консультирование врачей-специалистов. <p>ПК-2.4 Назначает мероприятия медицинской реабилитации и контролирует их эффективность.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Стандарты медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» - Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам по профилю «анестезиология-реаниматология» - Основы медицинской реабилитации - Методы медицинской реабилитации - Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при оказании медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» - Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациента - Медицинские показания для привлечения врачей-специалистов для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации - Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации
--	--	---

		<p>- Механизмы воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов в критических состояниях.</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Определять медицинские показания для привлечения к лечению пациентов врачей-специалистов для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Составлять индивидуальный план реабилитационных мероприятий в зависимости от тяжести состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Проводить мероприятия медицинской реабилитации - Привлекать к лечению пациентов врачей-специалистов для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации - Оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи - Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Составлением индивидуального плана реабилитационных мероприятий в зависимости от тяжести состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Реализацией мероприятий медицинской реабилитации пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов - Определением медицинских показаний для привлечения к лечению пациентов врачей-специалистов для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы
--	--	---

		<p>реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - Оценкой эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи - Разработкой плана реабилитационных мероприятий - Проведением мероприятий медицинской реабилитации - Определением медицинских показаний для привлечения врачей-специалистов для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации - Оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациентов. <p>ПК-2.5 Проводит медицинские экспертизы при оказании медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология».</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, медицинских осмотров - Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации - Порядок выдачи листков нетрудоспособности. <p>Уметь:</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции организма, обусловленного заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм - Выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, медицинских осмотров - Оформлять лист нетрудоспособности <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проведением отдельных видов медицинских экспертиз - Проведением экспертизы временной нетрудоспособности - Подготовка медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу.
	<p>ПК-3 Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ПК-3.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «анестезиология-реаниматология», в том числе в форме электронных документов. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде - Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ведением медицинской документации, в том числе в электронном виде - Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну. <p>ПК-3.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих скорую медицинскую помощь по профилю «анестезиология-реаниматология». <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей медицинским

		<p>персоналом</p> <ul style="list-style-type: none"> - Организовывать работу специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации - Проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции. <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проведением противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции - Контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом - Организацией работы специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации.
--	--	--

**Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Анестезиология-реаниматология»**

РАЗДЕЛ 1. ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ.

**ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Выберете один правильный вариант ответа

- ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ПРИКАЗОМ МЗ РФ
 - №730
 - №728
 - №919н
 - №929н
- ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЗАНИМАЮТ
 - травмы
 - болезни системы кровообращения
 - онкологические заболевания
 - болезни органов дыхания
- К ВИДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ
 - стационарная

- 2) паллиативная
 - 3) санаторно-курортная
 - 4) первая
4. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ
- 1) Министерством здравоохранения Российской Федерации
 - 2) руководством медицинской организации
 - 3) Правительством Российской Федерации
 - 4) Российской Академией Наук
5. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
- 1) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
 - 2) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
 - 3) экстренная, неотложная, плановая
 - 4) по врачебным специальностям
6. К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
- 1) по врачебным специальностям
 - 2) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
 - 3) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
 - 4) экстренная, неотложная, плановая
7. К УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) первичной медико-санитарной, скорой, специализированной, паллиативной
 - 2) амбулаторные, стационарные, дневной стационар, вне медицинской организации
 - 3) разной степени комфортности
 - 4) экстренной, неотложной, плановой
8. ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ИХ ОРГАНИЗАЦИОННО - ПРАВОВОЙ ФОРМЫ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ
- 1) стандартами
 - 2) порядками
 - 3) нормативами
 - 4) рекомендациями
9. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА

ПОДДЕРЖАНИЕ И (ИЛИ) ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ИВКЛЮЧАЮЩИХ В СЕБЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 1) медицинская помощь
- 2) профилактика
- 3) медицинское вмешательство
- 4) лечение

10. МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ,

МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИХ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОНЧЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ

- 1) профилактика
- 2) медицинская услуга
- 3) медицинская помощь
- 4) медицинское вмешательство

11. КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПО НАЗНАЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА, ЦЕЛЮ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ИЛИ ОБЛЕГЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИБО СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТА, ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИЛИ УЛУЧШЕНИЕ ЕГО ЗДОРОВЬЯ, ТРУДОСПОСОБНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ – ЭТО:

- 1) лечение
- 2) профилактика
- 3) медицинская помощь
- 4) медицинское вмешательство

12. КОЛИЧЕСТВО КОЕК РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОБОРУДОВАННОЙ ОТ 200 ДО 400 ПРОФИЛЬНЫХ КОЕК ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ ____% ОТ ОБЩЕГО КОЕЧНОГО ФОНДА1) 5

- 2) 6
- 3) 3
- 4) 8

13. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ИМЕЮШАЯ В СВОЕЙ СТРУКТУРЕ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР И ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ- РЕАНИМАТОЛОГИЯ ДОЛЖНА В СТРУКТУРЕ ИМЕТЬ

- 1) отделение анестезиологии
- 2) группу анестезиологии и реанимации
- 3) отделение реанимации
- 4) отделение анестезиологии и реанимации

14. ОЦЕНКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ

- 1) по Балагину
 - 2) по АПГАР
 - 3) по МНОАР
 - 4) по ASA
15. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
- 1) декомпенсации хронической сердечно-сосудистой недостаточности
 - 2) острой дыхательной недостаточности
 - 3) декомпенсированной хронической дыхательной недостаточности
 - 4) острого нарушения мозгового кровообращения
16. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
- 1) хронического заболевания на фоне развития острой недостаточности органов и систем
 - 2) полиорганной недостаточности
 - 3) выраженного наркотического или алкогольного опьянения
 - 4) высококонтагиозного инфекционного заболевания при отсутствии изолятора
17. БОЛЬНОМУ 4 СТАДИЕЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ПОКАЗАНА, ЕСЛИ
- 1) критическое состояние вызвано заболеванием, не связанным с онкологическим
 - 2) критическое состояние вызвано кровотечением из опухоли
 - 3) наступила клиническая смерть
 - 4) пациенту необходимо проведение гемотрансфузии
18. ВОПРОС О ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ РЕШАЕТ
- 1) палатный реаниматолог
 - 2) лечащий врач профильного отделения
 - 3) заведующий профильного отделения
 - 4) заместитель главного врача по лечебной работе
19. СТЕПЕНЬ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПАЦИЕНТА, ОПЕРИРУЕМОГО В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ
- 1) увеличивается на две единицы
 - 2) увеличивается на одну единицу
 - 3) не увеличивается
 - 4) уменьшается на одну единицу
20. ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНИЗУЮТСЯ В ГОРОДСКИХ БОЛЬНИЦАХ

- 1) при наличии не менее 300 коек без учета их профиля
- 2) при наличии в больнице не менее 500 коек и 50 коек хирургического профиля
- 3) при наличии не менее 500 коек и не менее 70 коек хирургического профиля
- 4) при наличии не менее 150 коек и 50 коек хирургического профиля

21. ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
ОРГАНИЗУЮТСЯ В ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦАХ

- 1) при наличии не менее 300 коек без учета их профиля
- 2) при наличии не менее 200 коек и 60 коек хирургического профиля
- 3) при наличии не менее 150 коек и 50 коек хирургического профиля
- 4) могут организовываться независимо от мощности

22. В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИМЕЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ НА 75 КОЕК. НА ДАННОЕ
КОЛИЧЕСТВО КОЕК ПРЕДУСМОТРЕНО _____ ДОЛЖНОСТИ
АНЕСТЕЗИОЛОГА 1)

- 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4.75

23. В ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ НА 80 КОЕК ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМОТРЕНО _____ ДОЛЖНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

- 1) 0.8
- 2) 1
- 3) 2
- 4) 4.75

24. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТ

- 1) главный врач больницы
- 2) зам. главного врача по лечебной части
- 3) профильный дежурный специалист приемного отделения
- 4) зав. отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач

25. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

- 1) в течение 2-4 часов
- 2) в течение 4-8 часов
- 3) в зависимости от вида анестезии
- 4) до стабилизации функции жизненно важных органов

26. МИНИМАЛЬНАЯ ПОЛЕЗНАЯ ПЛОЩАДЬ НА 1 КОЙКУ В ПАЛАТАХ РЕАНИМАЦИИ, ПРЕДУСМОТРЕННАЯ ДЕЙСТВУЮЩИМИ СТРОИТЕЛЬНЫМИ НОРМАМИ И ПРАВИЛАМИ СОСТАВЛЯЕТ

_____ М²

- 1) 6
- 2) 10
- 3) 13
- 4) 20

27. ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРУГЛОСУТОЧНОЙ РАБОТЫ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА НЕОБХОДИМО

- 1) 3.5 ставок
- 2) 3.75 ставки
- 3) 4 ставки
- 4) 4.75 ставок

28. ДОЛЖНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАБОТЫ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЕТА 1 КРУГЛОСУТОЧНЫЙ ПОСТ НА _____ КОЙКИ

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

29. КОЙКИ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

- 1) не входят в число сметных
- 2) относятся к терапевтическим
- 3) относятся к хирургическими
- 4) относятся к многопрофильным

30. КОЛИЧЕСТВО ДОЛЖНОСТИ ВРАЧЕЙ-АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЕТА

- 1) количества операционных столов
- 2) оперативной активности
- 3) количества хирургических коек
- 4) потребности в анестезиологической помощи

31. ВОПРОС О ПЕРЕВОДЕ БОЛЬНЫХ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАЦИИ В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕШАЕТ

- 1) сотрудник отделения анестезиологии-реаниматологии
- 2) сотрудник профильного отделения
- 3) зав. профильным отделением
- 4) главный врач

32. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ

- 1) 3 лет
- 2) 5 лет
- 3) 7 лет
- 4) 10 лет

33. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ

- 1) 3 лет
- 2) 5 лет
- 3) 7 лет
- 4) 10 лет

34. ГРАЖДАНИН, ИМЕЮЩИЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС ОМС, МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ

МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

- 1) в территориальной больнице
- 2) в любой больнице населенного пункта
- 3) в любой больнице РФ
- 4) в любой больнице субъекта Федерации

Эталоны ответов

1	3	11	1	21	2	31	1
2	2	12	3	22	4	32	3
3	2	13	2	23	3	33	4
4	1	14	1	24	4	34	3
5	2	15	2	25	4		
6	4	16	4	26	3		
7	2	17	1	27	4		
8	2	18	1	28	3		
9	1	19	2	29	1		
10	2	20	3	30	3		

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ БОЛИ

Выберете один правильный вариант ответа

1. К НАРКОТИЧЕСКИМ АНАЛЬГЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
 - 1) диазепам
 - 2) промедол
 - 3) дроптаверин
 - 4) дроперидол
2. ПРОЦЕСС ПРЕОБРАЗОВАНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ В НЕРВНЫЙ ИМПУЛЬС – ЭТО
 - 1) трансдукция
 - 2) модуляция
 - 3) трансмиссия
 - 4) перцепция
3. ПРОЦЕСС ПРОВЕДЕНИЯ НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА – ЭТО
 - 1) перцепция
 - 2) трансмиссия
 - 3) трансдукция
 - 4) модуляция
4. УВЕЛИЧЕНИЕ АМПЛИТУДЫ БОЛЕВОГО НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА В СПИННОМ МОЗГЕ НАЗЫВАЕТСЯ
 - 1) трансмиссия
 - 2) трансдукция
 - 3) перцепция
 - 4) модуляция
5. УМЕНЬШЕНИЕ АМПЛИТУДЫ БОЛЕВОГО НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА В СПИННОМ МОЗГЕ НАЗЫВАЕТСЯ
 - 1) модуляция
 - 2) трансмиссия
 - 3) трансдукция
 - 4) перцепция
6. ЭНДОРФИНЫ, СВЯЗЫВАЯСЬ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РЕЦЕПТОРАМИ СПИННОГО МОЗГА ВЛИЯЮТ НА ПРОЦЕССЫ
 - 1) трансмиссии
 - 2) модуляции
 - 3) трансдукции
 - 4) перцепции

7. ТЕЛО ПЕРВОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НАХОДИТСЯ В
- 1) задних рогах спинного мозга
 - 2) передних рогах спинного мозга
 - 3) спинномозговом ганглии
 - 4) соматических нервных сплетениях
8. ТЕЛО ВТОРОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НАХОДИТСЯ В
- 1) соматических нервных сплетениях
 - 2) задних рогах спинного мозга
 - 3) спинномозговом ганглии
 - 4) передних рогах спинного мозга
9. ПЕРЕДАЧА НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА С АКСОНА ПЕРВОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НА ТЕЛО ВТОРОГО НЕЙРОНА ПРОИСХОДИТ В
- 1) задних рогах спинного мозга
 - 2) передних рогах спинного мозга
 - 3) спинномозговом ганглии
 - 4) соматических нервных сплетениях
10. НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ПРОИСХОДИТ В
- 1) гипоталамусе
 - 2) спинном мозге
 - 3) таламусе
 - 4) коре головного мозга
11. ПРОЦЕСС СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ, ЕЕ ХАРАКТЕРА И ЛОКАЛИЗИЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) модуляцией
 - 2) трансдукцией
 - 3) трансмиссией
 - 4) перцепцией
12. ТАХИКАРДИЯ, ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОТВЕТ НА БОЛЕВОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ ОТНОСЯТСЯ К _____ РЕКЦИЯМ НА БОЛЬ
- 1) неспецифическим
 - 2) специфическим
 - 3) парадоксальным
 - 4) параспецифическим
13. ОТДЕРГИВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В ОТВЕТ НА ДЕЙСТВИЕ БОЛЕВОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ ОТНОСИТСЯ К _____ РЕКЦИЯМ НА БОЛЬ

- 1) параспецифическим
- 2) специфическим
- 3) неспецифическим
- 4) парадоксальным

14. НОЦИЦЕПТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ В ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПОСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

- 1) передние рога спинного мозга
- 2) ноцицептивные отверстия
- 3) задние рога спинного мозга
- 4) боковые канатики спинного мозга

15. ПЕРВИЧНЫЙ АФФЕРЕНТНЫЙ НЕЙРОН, КОТОРЫЙ АКТИВИРУЕТСЯ ТОЛЬКО БОЛЕВЫМ (УГРОЖАЮЩИМ ЦЕЛОСТНОСТИ ОРГАНИЗМА) СТИМУЛАМИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) альгоцепторы
- 2) альфа-адреноцепторы
- 3) h-холинорецепторы
- 4) ноцицептор

16. ДЕМОНСТРАЦИЯ ПЕРВОГО УДАЧНОГО ЭФИРНОГО НАРКОЗА ПРИ УДАЛЕНИИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОПУХОЛИ ВЫПОЛНИЛ МОРТОН В_ГОДУ

- 1) 1846
- 2) 1914
- 3) 1927
- 4) 1875

17. ИННЕРВАЦИЮ ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО КИШЕЧНИКА, БРЫЖЕЙКИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1) седалищный нерв
- 2) лучевой нерв
- 3) локтевой
- 4) чревный нерв

18. ВЕЩЕСТВО С ШИРОКИМ СПЕКТРОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, КОТОРОЕ ТАКЖЕ ОТВЕЧАЮТ ЗА ПЕРЕДАЧУ БОЛЕВЫХ ИМПУЛЬСОВ В ЦНС

- 1) пролактин
- 2) субстанция Р
- 3) брадикинин
- 4) гистамин

19. ОЩУЩЕНИЕ БОЛИ С ТРУДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ОТ ВНУТРЕННИХ ОРГАНАХ - ЭТО

- 1) висцеральная боль

- 2) соматическая боль
 - 3) фантомная боль
 - 4) нейропатическая боль
20. УМЕНЬШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТЕЛА, ИЛИ ЕГО ЧАСТИ, В ПЛОТЬ ДО ПОЛНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И СОБСТВЕННОМ СОСТОЯНИИ
- 1) агевзия
 - 2) анестезия
 - 3) анальгезия
 - 4) аносмия
21. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ БЛОКИРОВАНИЕ ПЕРЕДАЧИ ИМПУЛЬСА НА УРОВНЕ СТОЛА НЕРВА ИЛИ НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ- ЭТО
- 1) комбинированная спинно-эпидуральная анестезия
 - 2) инфильтративная анестезия
 - 3) терминальная анестезия
 - 4) проводниковая анестезия
22. БЛОКИРОВАНИЕ ПЕРЕДАЧИ ИМПУЛЬСА НА УРОВНЕ КОРЕШКОВ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ В СУБДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО
- 1) эпидуральная анестезия
 - 2) проводниковая анестезия
 - 3) аппликационная анестезия
 - 4) спинальная анестезия
23. РАСПОЛОЖИТЕ ПО ПОРЯДКУ ОБОЛОЧКИ СПИННОГО МОЗГА ОТ САМОЙ ПОВЕРХНОСТИ ДО САМОЙ ГЛУБОКОЙ
- 1) твердая, паутинная, мягкая
 - 2) твердая, мягкая, паутинная
 - 3) паутинная, твердая, мягкая
 - 4) мягкая, паутинная, твердая
24. ОБЪЁМ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЕМ В
- 1) грудном отделе
 - 2) поясничном отделе
 - 3) шейном отделе
 - 4) крестцовом отделе

Эталоны ответов

1	2	11	4	21	4
2	1	12	1	22	4

3	2	13	2	23	1
4	4	14	3	24	2
5	1	15	4		
6	2	16	1		
7	3	17	4		
8	2	18	2		
9	1	19	1		
10	3	20	2		

МОНИТОРИНГ

Выберете один правильный вариант ответа

1. НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ЦВД СОСТАВЛЯЕТ
 - 1) 0–5 см вод. ст.
 - 2) 6–12 мм рт. ст. 3) 40–60 мм рт. ст.
 - 4) 5–10 см вод. ст.
2. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ОТРАЖАЕТ
 - 1) преднагрузку правого желудочка
 - 2) сократимость правого желудочка
 - 3) комплаенс левого желудочка
 - 4) преднагрузку левого желудочка
3. ДЛЯ ИНВАЗИВНОГО КОНТРОЛЯ ЦВД ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
 - 1) доступ к нижней полой вене через бедренную вену
 - 2) доступ к верхней полой вене через подключичную вену
 - 3) катетеризацию легочной артерии катетером Свана-Ганца
 - 4) монитор PiCCO
4. ВЕЛИЧИНА ОПСС В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
 - 1) 1900–3700 кПа/л×с
 - 2) 560–900 кПа/см вод. ст. 3) 900–1500 дин×с×см-5 4) 500–600 дин/кПа
5. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ САТУРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА СМЕШАННОЙ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ СОСТАВЛЯЕТ__%
 - 1) 40–45
 - 2) не ниже 60
 - 3) не ниже 75
 - 4) 10–15
6. ЗАКОН ФРАНКА–СТАРЛИНГА – ЭТО
 - 1) зависимость выброса от постнагрузки
 - 2) зависимость выброса от ЧСС
 - 3) зависимость ОПСС от постнагрузки
 - 4) зависимость выброса от преднагрузки
7. СЕРДЕЧНЫЙ ИНДЕКС ИЗМЕРЯЕТСЯ В
 - 1) л/кг
 - 2) л/м²*мин
 - 3) кПа/л*с

- 4) л/мин
8. НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ПРЕДНАГРУЗКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 5-10 см вод. ст.
 - 2) 6-12 мм рт. ст.
 - 3) 15-20 мм рт. ст.
 - 4) 100–120 мм рт. ст.
9. ДАВЛЕНИЕ ЗАКЛИНИВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ДЗЛА) ОТРАЖАЕТ
- 1) преднагрузку левого желудочка
 - 2) диастолическую функцию правого желудочка
 - 3) производительность правого сердца
 - 4) преднагрузку правого сердца
10. ОТВЕДЕНИЕ ЭКГ V5 СЧИТАЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ
- 1) мониторинга ишемии
 - 2) контроля ритма
 - 3) диагностики острого инфаркта миокарда
 - 4) контроля дигитализации
11. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОСТИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ
- 1) аускультация
 - 2) оценки параметров вентиляции
 - 3) бронхоскопия
 - 4) капнография
12. ГИПОКСИЯ ЭТО -
- 1) кислородное голодание тканей
 - 2) недостаточное содержание кислорода в крови
 - 3) состояние, характеризующееся накоплением в крови CO₂
 - 4) состояние, когда резко затрудняется (или прекращается) поступление в организм кислорода и выделение углекислоты
13. ЗНАЧЕНИЕ PetCO₂ ЗАВИСИТ ОТ
- 1) дыхательного объема, состояния гемодинамики пациента
 - 2) минутной альвеолярной вентиляции, состояния гемодинамики пациента частоты дыхания, состояния гемодинамики пациента
 - 3) фракции кислорода во вдыхаемой смеси
14. В СЛУЧАЕ ИНТУБАЦИИ ПИЩЕВОДА ЗНАЧЕНИЕ PetCO₂ БУДЕТ
- 1) постепенно увеличиваться
 - 2) равняться нулю

- 3) постепенно уменьшаться
 - 4) резко возрастет
- 15.ЦИФРОВОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO₂ В КОНЦЕ ВЫДОХА - ЭТО
- 1) bis-мониторинг
 - 2) капнография
 - 3) капнометрия
 - 4) пульсоксиметрия
- 16.ИЗМЕРЕНИЕ И ГРАФИЧЕСКОЕ ОТОБРАЖЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO₂ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦИКЛА – ЭТО
- 1) капнография
 - 2) капнометрия
 - 3) bis-мониторинг
 - 4) пульсоксиметрия
- 17.НОРМА ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO₂ В КОНЦЕ ВДОХА СОСТАВЛЯЕТ ММ РТ. СТ.
- 1) 21-32
 - 2) 15-18
 - 3) 36-42
 - 4) 54-66
- 18.ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ У ПАЦИЕНТА, МАССОЙ 70 КГ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО РАВЕН_МЛ
- 1) 320
 - 2) 750
 - 3) 1600
 - 4) 500
- 19.ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
- 1) осциллометрию
 - 2) плетизмографию
 - 3) сцинтиграфию
 - 4) пульсоксиметрию
- 20.НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ SpO₂ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ_____%
- 1) 94-96
 - 2) 96-100
 - 3) 92-98
 - 4) 90-95
- 21.КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕКТА ДОППЛЕРА ВОВЛЕКАЕТ

ИЗМЕРЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В

- 1) частоты отраженных ультразвуковых волн
- 2) электропроводимости движущегося потока крови
- 3) частотной реакции артериальной стенки
- 4) температуры крови

22. КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА ИЗМЕРЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- 1) инфракрасного поглощения
- 2) электрода Северингхауза
- 3) по числу Рейно
- 4) электрода Кларка

23. КОНЦЕНТРАЦИЯ УГЛЕКИСЛОТЫ МОЖЕТ БЫТЬ ИЗМЕРЕНА СПОМОШЬЮ

- 1) пламенной фотометрии
- 2) электрода Северингхауза
- 3) пульсоксиметра
- 4) изменений в пьезоэлектрическом эффекте

24. ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ НЕДОСТОВЕРНА ПРИ

- 1) выраженной кожной пигментации
- 2) серповидно-клеточной анемии
- 3) отравлении метгемоглобинообразующими ядами
- 4) при отравлении ФОС

25. ПРАВИЛЬНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ВЕРИФИЦИРУЮТ ПО

- 1) показателям капнографии
- 2) наличию конденсата в интубационной трубке
- 3) уровню SpO₂
- 4) данным аускультации

Эталоны ответов

1	4	11	4	21	1
2	1	12	1	22	4
3	2	13	2	23	2
4	3	14	2	24	3
5	3	15	3	25	1
6	4	16	1		
7	2	17	3		
8	2	18	4		
9	1	19	4		
10	1	20	2		

СИНДРОМЫ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ. КЛИНИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ. СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

Выберете один правильный вариант ответа

1. К СИНДРОМАМ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ
 - 1) острая церебральная недостаточность
 - 2) декомпенсированная хроническая дыхательная недостаточность
 - 3) декомпенсация хронической сердечно-сосудистой недостаточности
 - 4) острое нарушение мозгового кровообращения
2. К СИНДРОМАМ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ
 - 1) железодефицитная анемия тяжелой степени
 - 2) острое нарушение водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния
 - 3) терминальная стадия хронической почечной недостаточности
 - 4) железодефицитная анемия средней степени тяжести
3. ДЛЯ НЕИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ
 - 1) интубация трахеи
 - 2) назо- и орофарингеальные воздуховоды
 - 3) сгибание головы и открытие рта
 - 4) тройной прием Сафара или запрокидывание головы и открытие рта
4. КОНИКОТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ
 - 1) между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
 - 2) между перстневидным и щитовидным хрящами
 - 3) между первым и вторым полукольцами трахеи
 - 4) ниже подъязычной кости
5. ПРИЕМ ХЕЙМЛИХА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
 - 1) аспирации инородного тела
 - 2) утоплении
 - 3) удушении
 - 4) асистолии
6. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ
 - 1) восстановления проходимости дыхательных путей
 - 2) постановки назогастрального зонда
 - 3) выявления наличия зубных протезов
 - 4) оценки наличия сознания

7. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРТАННОЙ МАСКИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) амбулаторные операции
 - 2) операции на глазе и ухе
 - 3) «полный желудок»
 - 4) продолжительность операции более 1 часа
8. ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НА ГЛАЗАХ У РЕАНИМАТОРА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
- 1) прием Геймлиха
 - 2) интубацию трахеи
 - 3) комплекс сердечно-легочной реанимации
 - 4) тройной прием Сафара
9. ЕСЛИ ИНТУБАЦИОННУЮ ТРУБКУ ВВЕЛИ НА ГЛУБИНУ 28 СМ, ТО ЕЕ ДИСТАЛЬНЫЙ КОНЕЦ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО БУДЕТ РАСПОЛОЖЕН
- 1) в трахее
 - 2) на бифуркации
 - 3) в левом главном бронхе
 - 4) в правом главном бронхе
10. ПРИ РАЗВИТИИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПОКАЗАТЕЛЬ КАМНОМЕТРИИ
- 1) увеличится
 - 2) будет равен 0 мм рт. ст.
 - 3) уменьшится
 - 4) резко возрастет
11. ПРИ УТОПЛЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЮТСЯ С
- 1) компрессий грудной клетки
 - 2) 2-х спасательных вдохов
 - 3) приема Геймлиха
 - 4) электродефибрилляции
12. СИМПТОМ БЕЛОГЛАЗОВА – ЭТО
- 1) деформация зрачка при сдавлении глазного яблока с боков
 - 2) расширение зрачка в ответ на давление на глазное яблоко
 - 3) сужение зрачка при наведении на него источника света
 - 4) расширение зрачка при нанесении болевого раздражителя
13. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОМ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЕИХ ПОПЫТОК ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ПОМОЩИ МЕШКА АМБУ С ЛИЦЕВОЙ МАСКОЙ ВО ВРЕМЯ СЛР НЕОБХОДИМО
- 1) провести еще две попытки

- 2) провести Тройной прием Сафара
- 3) немедленно приступить к выполнению компрессий
- 4) ввести миорелаксанты

14. В СЛУЧАЕ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1) в палате интенсивной терапии
- 2) на месте
- 3) в реанимационном зале
- 4) в перевязочной

15. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА НЕТ СОЗНАНИЯ, НО ЕСТЬ ДЫХАНИЕ, НЕОБХОДИМО

- 1) не трогать пациента
- 2) зафиксировать шею и ждать специализированную помощь
- 3) нанести болевой раздражитель, чтобы попытаться восстановить сознание
- 4) придать боковое восстановительное положение

16. ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ДЛЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ _____ СМ

- 1) 4-5
- 2) 3-4
- 3) 6-7
- 4) 5-6

17. КОЛИЧЕСТВО КОМПРЕССИЙ В МИНУТУ ПРИ СЛР ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ В МИНУТУ

- 1) 100-120
- 2) менее 60
- 3) 60-90
- 4) 90-100

18. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ

- 1) в центре грудной клетки
- 2) на верхней трети груди
- 3) на мечевидном отростке
- 4) на границе средней и нижней трети груди

19. РЕАНИМАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) только в случае клинической смерти пострадавшего работоспособного возраста
- 2) в каждом случае клинической смерти
- 3) только в случае клинической смерти детей
- 4) только в случае клинической смерти пострадавшего младше 65 лет

20. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА И ЧАСТОТЫ ВДОХОВ ПРИ ИВЛ ОДНИМ СПАСАТЕЛЕМ
- 1) 5:2
 - 2) 15:1
 - 3) 30:2
 - 4) 5:1
21. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ
- 1) двумя руками
 - 2) основанием ладони двух рук
 - 3) двумя пальцами
 - 4) основанием ладони одной руки
22. КОМПЛЕКС СЛР НАЧИНАЮТ ПРОВОДИТЬ С
- 1) непрямого массажа сердца
 - 2) обеспечения проходимости дыхательных путей
 - 3) искусственного дыхания
 - 4) электродефибрилляции
23. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ БАЗОВОГО РЕАНИМАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА
- 1) обеспечение проходимости дыхательных путей - ИВЛ - непрямой массаж сердца
 - 2) непрямой массаж сердца - обеспечение проходимости дыхательных путей - ИВЛ
 - 3) ИВЛ - обеспечение проходимости дыхательных путей - непрямой массаж сердца
 - 4) не имеет значения
24. АДРЕНАЛИН, АМИОДАРОН И ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ В СОВОКУПНОСТИ ИСПОЛЗУЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
- 1) асистолии
 - 2) фибрилляции предсердий
 - 3) фибрилляции желудочков
 - 4) электромеханической диссоциации
25. ВНУТРИКОСТНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЗУЕТСЯ
- 1) у пожилых людей
 - 2) у подростков
 - 3) у детей до 6 лет
 - 4) при невозможности обеспечения венозного доступа у людей любого возраста

26. ВРЕМЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛР ПРИ АСИСТОЛИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МИНУТ
- 1) 30
 - 2) 20
 - 3) 45
 - 4) 60
27. ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
- 1) электромеханической диссоциации
 - 2) полной АВ-блокаде
 - 3) асистолии
 - 4) фибрилляции желудочков
28. АДРЕНАЛИН ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ
- 1) после 3-го разряда дефибриллятора
 - 2) введение адреналина противопоказано
 - 3) через 3 минуты от начала СЛР
 - 4) сразу после регистрации ЭКГ
29. МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА АТРОПИНА ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ
- 1) не используется при СЛР2)
 - 0,08 мг/кг
 - 3) 0,06 мг/кг
 - 4) 0,04 мг/кг
30. ПРИ ИВЛ МЕШКОМ ТИПА «АМБУ» ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ МАСКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ
- 1) разобщенно, компрессии 100-120 в мин., вдохи 10 в мин. 2) 2:30
 - 3) 30:2
 - 4) 15:2
31. ПРИ ИВЛ МЕШКОМ ТИПА «АМБУ» ЧЕРЕЗ ЭНДОТРАХЕАЛЬНУЮ ТРУБКУ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ
- 1) разобщенно, компрессии 100-120 в мин., вдохи 10 в мин. 2) 2:30
 - 3) 15:2
 - 4) 30:2
32. ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА, С НАЛИЧИЕМ РИТМА, ПОДДАЮЩЕГОСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ, ПЕРВЫЙ РАЗРЯД ДОЛЖЕН НАНОСИТЬСЯ
- 1) после двух комплексов сердечно-легочной реанимации.
 - 2) в данном случае дефибрилляция не проводится
 - 3) как можно раньше

- 4) только после введения раствора Амиодарона
33. ПРИ ПОПЫТКЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРЯДА, ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ ДЕФИБРИЛЛЯТОРА РИТМ ПАЦИЕНТА ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В АСИСТОЛИЮ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА
- 1) повысить заряд и провести разряд
 - 2) понизить заряд и провести разряд
 - 3) провести разряд и сразу оценить ритм
 - 4) убрать электроды дефибриллятора, сбросить заряд
34. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, В СЛУЧАЕ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА ПРОВОДЯТ
- 1) непрямой массаж сердца
 - 2) внутрисердечное введение адреналина
 - 3) открытый массаж сердца
 - 4) подключение аппарата искусственного кровообращения
35. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА, ПОДДАЮЩЕЙСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ (ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ), РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
- 1) ввести внутрисердечно сразу после регистрации ритма
 - 2) при данном виде остановки сердца адреналин вводить не следует
 - 3) вводить каждые 3-5 минут после нанесения третьего разряда электродефибриллятора
 - 4) вводить каждые 3-5 минут сразу после обеспечения венозного или интраоссального доступа
36. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА, НЕ ПОДДАЮЩЕЙСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ (АСИСТОЛИЯ), РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
- 1) вводить каждые 3-5 минут после нанесения третьего разряда электродефибриллятора
 - 2) вводить каждые 3-5 минут сразу после обеспечения венозного или интраоссального доступа
 - 3) при данном виде остановки сердца адреналин вводить не следует
 - 4) ввести внутрисердечно сразу после регистрации ритма
37. ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
- 1) ввести 1 мг после третьего разряда электродефибриллятора
 - 2) ввести 1 мг после первого разряда электродефибриллятора
 - 3) ввести 1 мг сразу после регистрации фибрилляции желудочков
 - 4) при данном виде остановки сердца адреналина вводить не следует
38. ПРИ ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИИ (БЕЗПУЛЬСОВАЯ АКТИВНОСТЬ) АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТСЯ

- 1) вводятся внутриартериально
- 2) вводятся внутрикостно
- 3) вводятся внутривенно
- 4) не вводятся

39. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР

- 1) 1мг каждые 10 минут
- 2) 1мг каждые 3-5 минут
- 3) 2мг каждые 3-5 минут
- 4) 2мг каждые 10 минут

40. ЭЛЕКТРОДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ ДОПУСКАЕТСЯ ПРОВОДИТЬ

- 1) до истечения сил спасателя
- 2) не более 3-х разрядов в минуту
- 3) пока продолжается фибрилляция желудочков
- 4) 10 раз

41. ЭНЕРГИЯ НАЧАЛЬНОГО РАЗРЯДА БИФАЗНОГО ДЕФИБРИЛЯТОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ ДЖ/КГ

- 1) 2
- 2) 4
- 3) 6
- 4) 8

42. ЧАСТОТУ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР МОЖНО УВЕЛИЧИТЬ ДО 140 ВМИНУТУ

- 1) никогда
- 2) по желанию реаниматора
- 3) только если достоверно известно, что у пострадавшего в анамнезе есть нестабильная стенокардия
- 4) если меньшая частота не привела к восстановлению витальных функций в течении 20 минут

43. ЭМД – НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ

- 1) острой почечной недостаточности
- 2) кардиогенном шоке
- 3) массивной воздушной эмболии
- 4) поражении электрическим током

44. АВТОРОМ СХЕМЫ РЕАНИМАЦИИ «ABCD» ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) В.А. Неговский
- 2) Питер Сафар
- 3) Анри Лабори

4) А.П. Зильбер

45.АЛЬТЕРНАТИВОЙ ЦЕНТРАЛЬНОМУ ВЕНОЗНОМУ ДОСТУПУ ПРИСЛР
МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) внутрикостный
- 2) внутрисердечный
- 3) эндотрахеальный
- 4) периферический

46.ИСТИННОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) ларингоспазма
- 2) рефлекторной остановки сердца
- 3) погружении в холодную воду
- 4) попадании жидкости в дыхательные пути

47.АСФИКСИЧЕСКОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) попадании жидкости в дыхательные пути
- 2) рефлекторной остановки сердца
- 3) ларингоспазма
- 4) погружении в холодную воду

48.СИНКОПАЛЬНОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) ларингоспазма
- 2) попадании жидкости в дыхательные пути
- 3) отеке легких
- 4) погружении в холодную воду

Эталоны ответов

1	1	11	2	21	3	31	1	41	1
2	2	12	1	22	1	32	3	42	1
3	4	13	3	23	2	33	4	43	3
4	2	14	2	24	3	34	3	44	2
5	1	15	4	25	4	35	3	45	1
6	1	16	4	26	1	36	2	46	4
7	3	17	1	27	4	37	1	47	3
8	1	18	1	28	1	38	4	48	4
9	4	19	2	29	1	39	2		
10	2	20	3	30	3	40	3		

МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ. ТРУДНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯГИПОКСИЯ

Выберете один правильный вариант ответа

1. ШКАЛА «MOANS» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА
 - 1) трудной вентиляции маской
 - 2) трудной интубации
 - 3) трудной постановки НВУ
 - 4) трудной крикотиреотомии
2. РИСК ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬПРИ ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ ПО МАЛАМПАТИ
 - 1) I
 - 2) II и выше
 - 3) III и выше
 - 4) IV
3. ИЗМЕРЕНИЕ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ПОДБОРОДКОМ И ИЩИТОВИДНЫМ ХРЯЩЕМ – ТЕСТ
 - 1) Patil
 - 2) Savva
 - 3) MOANS
 - 4) LEMON
4. ДАННЫЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА РАТИЛ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЮТ 5 СМ. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ПРОГНОЗИРУЕТСЯ
 - 1) трудная масочная вентиляция
 - 2) трудной постановки НВУ
 - 3) трудной крикотиреотомии
 - 4) трудная интубация
5. ИЗМЕРЕНИЕ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ПОДБОРОДКОМ И ГРУДИНОЙ – ТЕСТ
 - 1) Patil
 - 2) MOANS
 - 3) Savva
 - 4) LEMON
6. ДАННЫЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА РАТИЛ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЮТ 10 СМ. В ДАННОМ СЛУЧАЕ ПРОГНОЗИРУЕТСЯ
 - 1) трудная масочная вентиляция

- 2) трудной постановки НВУ
 - 3) трудной крикотиомии
 - 4) Трудная интубация
7. ТРУДНАЯ ИНТУБАЦИЯ ПРОГНОЗИРУЕТСЯ ПРИ ВЕЛИЧИНЕ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ ГРУДИНОЙ И ПОДБОРОДКОМ, РАВНОЙ_СМ
- 1) 12 и менее
 - 2) 12-15
 - 3) 13-14
 - 4) 15 и более
8. ОТКРЫТИЕ РТА ПРИ ОЦЕНКЕ ВЕРОЯТНОСТИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ СЧИТАЕТСЯ ДОСТАТОЧНЫМ, ЕСЛИ ОНО
- 1) 3 и более поперечных пальца пациента
 - 2) 3 и более поперечных пальца врача
 - 3) 2 и более поперечных пальца пациента
 - 4) 2 и более поперечных пальца врача
9. ДАННЫЕ ОЦЕНКИ ПО ШКАЛЕ «LEMON» СОСТАВЛЯЮТ 4 БАЛЛА. У ПАЦИЕНТА ПРОГНОЗИРУЕТСЯ
- 1) трудной крикотиомии
 - 2) трудная масочная вентиляция
 - 3) трудная интубация
 - 4) трудной постановки НВУ
10. ШКАЛА «SHORT» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА
- 1) трудной вентиляции маской
 - 2) трудной интубации
 - 3) трудной крикотиомии
 - 4) трудной постановки НВУ
11. ПРИ ОЦЕНКЕ ПО ШКАЛЕ «SHORT» В 2 БАЛЛА У ПАЦИЕНТА ПРОГНОЗИРУЕТСЯ
- 1) трудной крикотиомии
 - 2) трудная интубация
 - 3) нормальная крикотиомия
 - 4) нормальная интубация
12. «BURP» -ПРИЕМ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
- 1) предотвращения аспирации
 - 2) удаления инородного тела
 - 3) улучшения визуализации голосовой щели
 - 4) поддержания проходимости дыхательных путей

13. СТАНДАРТНАЯ

МЕТОДИКА

ПРЕОКСИГЕНАЦИИ

ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ДЫХАНИЕ ПАЦИЕНТА 100% КИСЛОРОДОМ ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ МАСКУ В ТЕЧЕНИЕ_МИНУТ

- 1) 1-2
- 2) 3-5
- 3) 5-6
- 4) 5-10

14.ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРЕОКСИГЕНАЦИИ У ПАЦИЕНТА С ОЖИРЕНИЕМ СЛЕДУЕТ

- 1) опустить головной конец
- 2) приподнять головной конец
- 3) придать горизонтальное положение
- 4) придать «принюхивающееся» положение Джексона

15.ПРИ ПРОГНОЗИРУЕМОМ ТРУДНОМ ДЫХАТЕЛЬНОМ ПУТИ «ЗОЛОТЫМ» СТАНДАРТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интубация в сознании
- 2) интубация на фоне седации и миорелаксации
- 3) хирургические методы восстановления проходимости
- 4) использование ларингеальной маски

16.ТЕСТ С «УТЕЧКОЙ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1) проходимости дыхательных путей перед интубацией
- 2) оценки герметичности дыхательного аппарата
- 3) проходимости дыхательных путей перед экстубацией
- 4) оценки эффективности масочной вентиляции

17.В СЛУЧАЕ НЕУДАВШЕЙСЯ ПОПЫТКИ ИНТУБАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГУ ДОПУСТИМО ПРОВЕСТИ ЕЩЕ _____ ПОПЫТКУ

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

18.ПОСЛЕ ТРЕХ НЕУДАЧНЫХ ПОПЫТОК ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НЕОБХОДИМО

- 1) интубировать с помощью бронхоскопа
- 2) провести коникотомию
- 3) установить ларингеальную маску
- 4) ввести релаксанты, повторить попытку интубации

19.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЭКСТРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хирургическая крикотиомия
 - 2) пункционная крикотиомия
 - 3) пункционная трахеостомия
 - 4) ретроградная интубация трахеи
20. В СЛУЧАЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТУБАЦИИ ПАЦИЕНТА САМЫМ НАДЕЖНЫМ МЕТОДОМ БУДЕТ ЯВЛЯТЬСЯ
- 1) постановка ларингеальной маски перед экстубацией
 - 2) постановка обменного бужа
 - 3) экстубация в седации
 - 4) пункционная крикотиомия
21. ПРИЕМ «BEILY» - ЭТО
- 1) постановка ларингеальной маски перед экстубацией пациента
 - 2) постановка обменного бужа перед экстубацией
 - 3) экстубация в седации
 - 4) давление на перстневидный хрящ «назад-вверх-вправо»
22. ФИНАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ СИТУАЦИИ «НЕЛЬЗЯ ИНТУБИРОВАТЬ, НЕЛЬЗЯ ВЕНТИЛИРОВАТЬ» -
- 1) пункция перстнещитовидной мембраны
 - 2) интубация трахеи
 - 3) постановка ларингеальной маски
 - 4) использование эластичного бужа
23. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ СУКЦИНИЛХОЛИН
- 1) гиперхлоремия
 - 2) гипокалиемия
 - 3) гипохлоремия
 - 4) гиперкалиемия
24. ДОЗА РОКУРОНИЯ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ _____ МГ/КГ
- 1) 0,6
 - 2) 0,1–0,5
 - 3) 0,6–1
 - 4) 1–1,5
25. ПАЦИЕНТУ ПЛАНИРУЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА В УСЛОВИЯХ ТВВА+ИВЛ. ЧЕРЕЗ 30 СЕКУНД ПОСЛЕ РАЗРЕЗА КОЖИ - SpO₂ - 80%, PetCO₂ 60 ММ РТ. СТ. ЧСС – 120 В МИНУТУ, АД – 160 И 100 ММ РТ. СТ. ДАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О
- 1) развитие аллергического бронхоспазма на внутривенные анестетики
 - 2) миграция эндотрахеальной трубки в пищевод
 - 3) развитие бронхоспазма в результате неадекватной анестезии

- 4) нарушение в системе подачи кислорода
26. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ И ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ, НА МОНИТОРЕ ВИТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ЗНАЧЕНИЕ $P_{et}CO_2 = 40$ ММ РТ. СТ. ДАННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО
- 1) эндотрахеальная трубка находится в пищеводе
 - 2) эндотрахеальная трубка находится в трахее, однако у пациента выраженная депрессия сердечной деятельности
 - 3) у пациента повышен уровень метаболизма
 - 4) эндотрахеальная трубка находится в трахее
27. ВО ВРЕМЯ ПЛАНОВОГО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ, ПОСЛЕ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ НА МОНИТОРЕ ВИТАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ЗНАЧЕНИЕ $P_{et}CO_2 = 0$ ММ РТ. СТ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ
- 1) начать вентиляцию легких в режиме управления объемом 100% кислородом, начать инфузию симпатомиметиков под контролем показателей гемодинамики
 - 2) экстубировать пациента, обеспечить вентиляцию через лицевую маску, по достижению нормального уровня оксигенации повторить попытку интубации трахеи
 - 3) продолжить операцию, вызвать бригаду бронхоскопии
 - 4) экстубировать пациента, установить ларингеальную маску, продолжить операцию, вызвать более опытного анестезиолога
28. НА 20 МИНУТЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ (КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ В УСЛОВИЯХ ИВЛ) У ПАЦИЕНТА РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПОСТЕПЕННОЕ СНИЖЕНИЕ $P_{et}CO_2$ С 40 ДО 10 ММ РТ. СТ. ДАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О
- 1) миграции эндотрахеальной трубки в главный правый бронх
 - 2) депрессии кровообращения
 - 3) миграции эндотрахеальной трубки в пищевод
 - 4) нарушении в системе обеспечения кислородом
29. НА 20 МИНУТЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ (КОМБИНИРОВАННЫЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫЙ НАРКОЗ В УСЛОВИЯХ ИВЛ) У ПАЦИЕНТА РЕГИСТРИРУЕТСЯ ПОСТЕПЕННОЕ СНИЖЕНИЕ SpO_2 ДО 70%. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ
- 1) перейти на ручную вентиляцию с подачей 100% кислорода, оценить локализацию трубки, проходимость дыхательных путей, гемодинамический профиль
 - 2) продолжить ИВЛ, увеличить фракцию кислорода до 100%, оценить показатель SpO_2 через 2 минуты, назначить бронхолитики, симпатомиметики
 - 3) провести бронхоскопию, обеспечить подачу 100% кислорода, перейти на ТВВА
 - 4) экстубировать пациента, обеспечить вентиляцию через лицевую маску, по достижению нормального уровня оксигенации повторить попытку интубации трахеи
30. ПАЦИЕНТ НАХОДИЛСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ ХИРУРГИИ ПО

ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА. 5 СУТОК НАЗАД - ОПЕРАЦИЯ – БИЛЬРОТ 2. У БОЛЬНОГО УСТАНОВЛЕН НАЗОГАСТРАЛЬНЫЙ ЗОНД. ПЛАНИРУЕТСЯ РЕВИЗИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОД НАРКОЗОМ. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

- 1) аспирировать желудочное содержимое, удалить зонд, провести индукцию анестезии, интубировать трахею, установить желудочный зонд
- 2) не убирая зонд применить методику быстрой последовательной индукции с выполнением приема Селлика
- 3) аспирировать содержимое желудка, не убирая зонд провести индукцию анестезии, интубацию трахеи
- 4) провести интубацию трахеи в условиях терминальной анестезии с сохраненным сознанием пациента

31. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНИКОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие воспалительного процесса поднижнечелюстной области
- 2) «короткая» шея у пациента
- 3) несколько безуспешных попыток интубации трахеи
- 4) безуспешные попытки интубации трахеи с невозможностью обеспечить нормальную вентиляцию другими методами

32. ПОЛОЖЕНИЕ ЛЕЖА НА СПИНЕ ПОД УГЛОМ 45 ГРАДУСОВ ПРИ ПОДНЯТОМ ПО ОТНОШЕНИЮ К ГОЛОВЕ ТАЗОМ НАЗЫВАЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕМ

- 1) Тренделенбурга
- 2) ортостатическим
- 3) литотомическим
- 4) Фовлера

33. ВО ВРЕМЯ НИЗКОПОТОЧНОЙ АНЕСТЕЗИИ СЕВОФЛУРАНОМ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОСТЕПЕННЫЙ РОСТ $PiCO_2$. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

- 1) изменить положение абсорбента в контуре
- 2) углубить анестезию, назначить симпатомиметики, увеличить МВЛ
- 3) экстубировать пациента, провести ИВЛ через лицевую маску, повторить попытку интубации
- 4) увеличить подачу свежей газовой смеси до значений МВЛ, произвести замену абсорбента

34. ПОСЛЕ ВВОДНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВАМИ ПРОВЕДЕНА БЕЗУСПЕШНАЯ ПОПЫТКА ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ (СЛОЖНОСТЬ ВИЗУАЛИЗАЦИИ). ВАШИ ДЕЙСТВИЯ

- 1) при эффективной вентиляции через лицевую маску и нормальном уровне оксигенации – повторю попытку интубации, придав улучшенное положение больному
- 2) при неэффективной вентиляции через лицевую – повторю попытку интубации, придав улучшенное положение больному
- 3) продолжу вентиляцию через лицевую маску и дождусь пробуждения пациента
- 4) при эффективной вентиляции через лицевую маску – продолжу вентиляцию и позову более опытного анестезиолога

35.ИННЕРВАЦИЮ ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО КИШЕЧНИКА БРЫЖЕЙКИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- 1) седалищный нерв
- 2) лучевой нерв
- 3) чревный нерв
- 4) локтевой

36.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРТАННОЙ МАСКИЯВЛЯЕТСЯ

- 1) амбулаторные операции
- 2) операции на глазе и ухе
- 3) продолжительность операции более 1 часа
- 4) «полный желудок»

37.ПРОВЕДЕНИЕ МАСОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПЕРЕД ИНТУБАЦИЕЙТРАХЕИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

- 1) экстренной анестезии
- 2) подозрении на трудные дыхательные пути
- 3) значительном увеличении в размерах щитовидной железы
- 4) анестезии у детей

38.ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ У ПАЦИЕНТА С НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ НЕОБХОДИМО

- 1) аспирировать содержимое, интубировать трахею
- 2) аспирировать содержимое, убрать зонд
- 3) наложить на зонд зажим, интубировать трахею
- 4) интибуровать трахею, не обращая внимание на зонд

39.ТРУДНЫЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ – ЭТО ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

- 1) трудная вентиляция маской
- 2) трудная интубация трахеи
- 3) трудная крикотиротомия
- 4) трудная трахеостомия

40.ОДНИМ ВРАЧОМ ДОПУСКАЕТСЯ _____
ИНТУБАЦИИ1) 1

ПОПЫТКИ

- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4

41.ШКАЛА, ИСПОЛЬЗУЮЩАЯСЯ ДЛЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ОЦЕНКИ ТРУДНОСТИ ИНТУБАЦИИ – ЭТО

- 1) шкала Mallampati
- 2) шкала SOFA

- 3) шкала Murray
 - 4) шкала Glasgo
- 42.МИНИМАЛЬНЫЙ ПРОМЕЖУТОК ВРЕМЕНИ, ПОСЛЕ КОТОРОГО ВОЗМОЖНА КОМФОРТНАЯ ИНТУБАЦИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РОКУРОНИЯ
- 1) 20 сек
 - 2) 2 мин
 - 3) 3 мин
 - 4) 1 мин
- 43.НАПРАВЛЕНИЕ НАДАВЛИВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРИЕМА СЕЛЛИКА
- 1) кзади, снизу - вверх и вправо
 - 2) кпереди, снизу - вверх и вправо
 - 3) кзади, снизу - вверх и влево
 - 4) кзади, сверху - вниз и вправо
- 44.ПРАВИЛЬНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ВЕРИФИЦИРУЮТ ПО
- 1) наличию конденсата в интубационной трубке
 - 2) показателям капнографии
 - 3) уровню SpO₂
 - 4) данным аускультации
- 45.ПРИЕМ ХЕЙМЛИХА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
- 1) утоплении
 - 2) аспирации инородного тела
 - 3) удушении
 - 4) асистолии
- 46.ПРИ СИТУАЦИИ «НЕЛЬЗЯ ИНТУБИРОВАТЬ, МОЖНО ВЕНТИЛИРОВАТЬ» ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ АЛГОРИТМА ВЕДЕНИЯ ТРУДНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) пробуждение пациента, отмена операции
 - 2) проведение операции в условиях масочной вентиляции
 - 3) постановка трахеостомы
 - 4) постановка Combitube
- 47.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДИКИ БЫСТРОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ИНДУКЦИИ И ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИЯВЛЯЕТСЯ
- 1) высокий риск регургитации
 - 2) повышенное ВЧД
 - 3) прогнозируемая трудная интубация
 - 4) острая кишечная непроходимость
- 48.ПРОГНОСТИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ СЛОЖНА ИНТУБАЦИЯ ПРИ

КЛАССЕ ПО МАЛЛАМПАТИ

- 1) I
- 2) II
- 3) IV
- 4) V

49. ПРОЦЕНТ КИСЛОРОДА, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ПРЕОКСИГЕНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1) 21
- 2) 50
- 3) 70
- 4) 100

50. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ SpO₂ ПРИ ПРЕОКСИГЕНАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ НЕ МЕНЕЕ _____%

- 1) 88
- 2) 90
- 3) 92
- 4) 95

51. МЕХАНИЧЕСКАЯ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ У НОРМАЛЬНОГО ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ ВСЕЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИВЕДЕТ К

- 1) выраженному уменьшению потребности в послеоперационной анальгезии
- 2) смещению вправо кривой диссоциации оксигемоглобина
- 3) кожной вазодилатации
- 4) послеоперационной гиповентиляции

52. ФАКТОРЫ, КОТОРЫЙ УВЕЛИЧИВАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ РЕГУРГИТАЦИИ ПРИ ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ

- 1) микрогнатия
- 2) макрогнатия
- 3) кахексия
- 4) ожирение

53. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРТАННОЙ МАСКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) «полный желудок»
- 2) амбулаторные операции
- 3) операции на глазе и ухе
- 4) продолжительность операции более 1 часа

54. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕСЕЧЕНИИ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) открытие задней голосовой щели
- 2) неполное закрытие голосовой щели

- 3) полная релаксация мышц и открытие голосовой щели
- 4) положение голосовых связок не изменяется

55. ЕСЛИ ИНТУБАЦИОННУЮ ТРУБКУ ВВЕЛИ НА ГЛУБИНУ 28 СМ, ТО ЕЕ ДИСТАЛЬНЫЙ КОНЕЦ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО БУДЕТ РАСПОЛОЖЕН

- 1) в трахее
- 2) на бифуркации
- 3) в правом главном бронхе
- 4) в левом главном бронхе

Эталоны ответов

1	1	11	1	21	1	31	4	41	1	51	4
2	2	12	3	22	1	32	1	42	4	52	4
3	1	13	2	23	4	33	4	43	1	53	1
4	4	14	2	24	3	34	1	44	2	54	2
5	3	15	1	25	3	35	3	45	2	55	3
6	4	16	3	26	4	36	4	46	1		
7	1	17	1	27	2	37	1	47	3		
8	1	18	3	28	2	38	2	48	3		
9	3	19	1	29	1	39	2	49	4		
10	3	20	2	30	1	40	2	50	3		

ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Выберете один правильный вариант ответа

1. ПРОТИВПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ СУКЦИНИЛХОЛИНА

- 1) гипокалиемия
- 2) гиперкалиемия
- 3) гиперхлоремия
- 4) гипохлоремия

2. ДОЗА РОКУРОНИЯ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ _____ МГ/КГ

- 1) 0,6
- 2) 0,1–0,5
- 3) 0,6–1
- 4) 1–1,5

3. В СОСТАВЕ ПРЕМЕДИКАЦИИ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ

- 1) рокуроний
- 2) атропин
- 3) пропофол
- 4) сукцинилхолин

4. К ГРУППЕ М-ХОЛИНОБЛОКАТОРОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) атропин
- 2) пилокарпин
- 3) галантамин
- 4) фенилэфрин

5. ГЕМОСТАТИЧЕСКИМ СРЕДСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гепарин
- 2) варфарин
- 3) клопидогрел
- 4) транексамовая кислота

6. ФЕНОБАРБИТАЛ ЯВЛЯЕТСЯ АГОНИСТОМ _____
РЕЦЕПТОРОВ

- 1) бензодиазепиновых
- 2) барбитуратных
- 3) гистаминовых
- 4) серотониновых

7. ВЫРАЖЕННОЕ УЛЬЦЕРОГЕННОЕ ДЕЙСТВИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) пропофола
- 2) кеторолака

- 3) морфина
 - 4) нимесулида
8. ДИССОЦИАТИВНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
- 1) лидокаина
 - 2) кетамина
 - 3) прокаина
 - 4) диклофенака
9. В КАЧЕСТВЕ ВВОДНОГО НАРКОЗА ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОГО СО ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ И СНИЖЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- 1) гексенал
 - 2) кетамин
 - 3) тиопентал натрия
 - 4) оксибутират натрия
10. РАСЧЕТНАЯ ДОЗА ХОЛИНОЛИТИКА АТРОПИНА, ПРИМЕНЯЕМОГО У БОЛЬНОГО В ПРЕМЕДИКАЦИИ ВНУТРИМЫШЕЧНО ПЕРЕД ПЛАНОВЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ (МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА)
- 1) 0,1
 - 2) 0,3
 - 3) 0,01
 - 4) 0,03
11. ПРАВИЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ АТАРАЛГЕЗИИ
- 1) тиопентал натрия и фентанил
 - 2) пропофол и фентанил
 - 3) седуксен и фентанил
 - 4) фентанил и дроперидол
12. ПРАВИЛЬНАЯ КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИИ
- 1) фентанил и дроперидол
 - 2) седуксен и фентанил
 - 3) дроперидол и клофелин
 - 4) диприван и фентанил
13. ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ
- 1) кетамин
 - 2) натрия оксибутират
 - 3) промедол
 - 4) тиопентал натрия

14.ДЕМОНСТРАЦИЯ ПЕРВОГО УДАЧНОГО ЭФИРНОГО НАРКОЗА ПРИ УДАЛЕНИИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОПУХОЛИ ВЫПОЛНИЛ МОРТОН В_ГОДУ

- 1) 1914
- 2) 1927
- 3) 1846
- 4) 1875

15.К ИНГАЛЯЦИОННЫМ АНЕСТЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) диприван
- 2) кетамин
- 3) изофлуран
- 4) тиопентал натрия

16.К НАРКОТИЧЕСКИМ АНАЛЬГЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) промедол
- 2) дроптаверин
- 3) дроперидол
- 4) диазепам

17.ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ

- 1) бупивакаин
- 2) кеторол
- 3) пропофол
- 4) кетамин

18.ПЛОТНОСТЬ ГИПОБАРИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ, ПО ОТНОШЕНИЮ К СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ

- 1) повышена
- 2) понижена
- 3) одинакова
- 4) незначительно понижена

19.АНЕСТЕТИК, ПРИМЕНЯЕМЫЙ ДЛЯ РЕГИОНАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ

- 1) тиопентал натрия
- 2) сукцинилхолин
- 3) атропин
- 4) ропивакаин

20.ПРОВЕДЕНИЕ ПУНКЦИИ СУБДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ДОПУСКАЕТСЯ В

- 1) шейном отделе
- 2) грудном отделе
- 3) поясничном отделе, ниже уровня L1
- 4) во всех отделах

21.ВДУВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СМЕСИ В ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ БЕЗ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО КОНТАКТА БОЛЬНОГО С ДЫХАТЕЛЬНЫМ КОНТУРОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преоксигенация
- 2) инсуффляция
- 3) индукция
- 4) прекураризация

22.НЕПРЯМЫМ ПРЕССОРНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЕТ

- 1) норадреналин
- 2) адреналин
- 3) эфедрин
- 4) изопроterenол

23.ТИПИЧНЫЕ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) сужение зрачков
- 2) уменьшение слюноотделения и бронходилатацию
- 3) повышение моторики желудка и кишечника
- 4) брадикардию

24.КЕТАМИН

- 1) является анальгетиком в субнаркологических концентрациях
- 2) не повышает АД
- 3) угнетает саливацию
- 4) противопоказан при диабете

25.В УСЛОВИЯХ ФТОРОТАНОВОГО (ГАЛОТАНОВОГО) НАРКОЗА ПРОТИВОПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

- 1) лидокаина
- 2) панангина
- 3) рибоксина
- 4) адреналина

26.КРИТЕРИЕМ ДОСТАТОЧНОЙ ГЛУБИНЫ ВВОДНОГО НАРКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) потеря сознания и рефлексов
- 2) остановка дыхания
- 3) расширение зрачков
- 4) снижение артериального давления

27.В ПРОЦЕССЕ ИНДУКЦИИ АНЕСТЕЗИИ (ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ С ИВЛ) НА ОПРЕДЕЛЁННОМ ЭТАПЕ У БОЛЬНОГО НАЧАЛИСЬ ФИБРИЛЛЯТОРНЫЕ ПОДЕРГИВАНИЯ СНАЧАЛА МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЛИЦА, ЗАТЕМ МЫШЦ ТУЛОВИЩА, ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. ДАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- 1) дитилина
- 2) тиопентала натрия
- 3) дроперидола
- 4) атракурия

28. ПРОЗЕРИН ЯВЛЯЕТСЯ АНТИДОТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

- 1) дитилина
- 2) атракурия
- 3) листенона
- 4) миорелаксина

29. СЕСТРА-АНЕСТЕЗИСТ С ЦЕЛЮ УСТРАНЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ КУРАРИЗАЦИИ ВВЕЛА БОЛЬНОМУ В/В 4 МЛ 0,5% Р-РА ПРОЗЕРИНА. ПОСЛЕ ЭТОГО У БОЛЬНОГО РАЗВИЛАСЬ РЕЗКАЯ БРАДИКАРДИЯ, ГРАНИЧАЩАЯ С ОСТАНОВКОЙ СЕРДЦА, ПОЯВИЛОСЬ ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ. ДЛЯ СНЯТИЯ ОПИСАННОЙ СИМПТОМАТИКИ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ БОЛЬНОМУ

- 1) димедрол
- 2) норадреналин
- 3) атропин
- 4) эфедрин

30. ИНГАЛЯЦИОННЫЙ АНЕСТЕТИК, СПОСОБНЫЙ ВЫЗВАТЬ НАРУШЕНИЕ РИТМА ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ

- 1) изофлуран
- 2) севофлюран
- 3) галотан
- 4) десфлуран

31. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ВЕНТИЛИРОВАТЬ ПАЦИЕНТА В РЕЖИМЕ

- 1) контроля объемом
- 2) контроля давлением
- 3) поддержки объемом
- 4) поддержки давлением

32. ПРИ ЧАСТИЧНОЙ РАЗГЕРМЕТИЗАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО КОНТУРА АДЕКВАТНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ У ПАЦИЕНТА БУДЕТ ДОСТИГНУТ ПРИ ВЕНТИЛЯЦИИ В РЕЖИМЕ

- 1) контроля объемом
- 2) контроля давлением
- 3) перемежающей принудительной вентиляции с контролем объемом
- 4) двухфазной вентиляции

33. ПРИ РАЗВИТИИ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ» ГИПЕРТЕРМИИ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

- 1) хлористый кальций
 - 2) дитилин
 - 3) дантролен
 - 4) глюкокортикоиды
34. ДЛЯ МИОРЕЛАКСАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- 1) антидеполяризующие миорелаксанты
 - 2) миорелаксанты длительного действия
 - 3) деполяризующие миорелаксанты
 - 4) миорелаксанты короткого действия
35. ГИСТАМИНЛЕБИРИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЮТ
- 1) антидеполяризующие миорелаксанты
 - 2) ингаляционные анестетики
 - 3) внутривенные анестетики
 - 4) деполяризующие миорелаксанты
36. ДОЗА ТИОПЕНТАЛА НАТРИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СЕДАЦИИ В ПАЛАТЕ РАЕНИМАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/ЧАС
- 1) 1-2
 - 2) 2-4
 - 3) 5-10
 - 4) 10-15
37. ПРИ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ
- 1) антидеполяризующих миорелаксантов
 - 2) деполяризующих миорелаксантов
 - 3) тиопентала натрия
 - 4) натрия оксибутирата
38. ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ НЕЛЕЧЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
- 1) тяжелая послеоперационная гипотензия
 - 2) замедление выхода из анестезии
 - 3) выраженная реакция АД на интубацию трахеи
 - 4) интраоперационная гипокалиемия
39. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ВВОДНОГО НАРКОЗА ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
- 1) аспирация желудочного содержимого
 - 2) бронхоспазм
 - 3) кровотечение

4) артериальная гипотензия

40. ПРИЕМ СЕЛЛИКА ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ

- 1) визуализации голосовой щели
- 2) предупреждения регургитации
- 3) восстановления проходимости дыхательных путей
- 4) удаления инородного тела дыхательных путей

Эталоны ответов

1	2	11	3	21	2	31	1
2	3	12	1	22	3	32	2
3	3	13	4	23	2	33	3
4	1	14	3	24	1	34	3
5	4	15	3	25	4	35	4
6	2	16	1	26	1	36	1
7	2	17	1	27	1	37	2
8	2	18	2	28	2	38	3
9	2	19	4	29	3	39	1
10	3	20	3	30	3	40	2

РАЗДЕЛ 2. ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Выберете один правильный вариант ответа

1. ОСТРО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ДИФФУЗНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ЛЕГКИХ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ КАК НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА РАЗЛИЧНЫЕ ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПРИВОДЯЩЕЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ И УМЕНЬШЕНИЯ МАССЫ АЭРИРОВАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ – ЭТО
 - 1) ОРДС детей
 - 2) ОРДС взрослых
 - 3) острая пневмония
 - 4) неспецифический фиброзирующий альвеолит
2. ГИПОКСЕМИЧЕСКАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ НЕКАРДИОГЕННЫМ ОТЕКОМ ЛЕГКИХ, ВОЗНИКШАЯ ВСЛЕДСТВИЕ ДИФФУЗНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ АЛЬВЕОЛ И ЛЕГОЧНЫХ КАПИЛЛЯРОВ – ЭТО
 - 1) ОРДС детей
 - 2) ОРДС взрослых
 - 3) острая пневмония
 - 4) неспецифический фиброзирующий альвеолит
3. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ОРДС ВЗРОСЛЫХ
 - 1) паренхиматозная
 - 2) торакоабдоминальная
 - 3) гистотоксическая
 - 4) диффузионная
4. АСПИРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ, УТОПЛЕНИЯ, ВДЫХАНИЕ ТОКСИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ, ЛЕГОЧНАЯ ИНФЕКЦИЯ, ТУПАЯ ТРАВМА ГРУДИ МОГУТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ _____ ФОРМЫ ОРДС
 - 1) легочной
 - 2) внелегочной
 - 3) аутоиммунной
 - 4) идиопатической
5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К РАЗВИТИЮ ОРДС ВЗРОСЛЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) вдыхание токсических веществ
 - 2) сепсис
 - 3) ожоговый шок

- 4) ДВС – синдром
6. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ ПРИ ОРДС ВЗРОСЛЫХ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ
- 1) кровообращения
 - 2) снижения сократительной способности миокарда левого желудочка
 - 3) недоразвитости системы сурфактант-синтезирующих клеток легких
 - 4) поражения альвеолокапиллярной мембраны и повышения ее проницаемости
 - 5) повышения гидростатического давления в сосудах малого круга
7. ДИФФУЗНЫЕ, НЕСИММЕТРИЧНЫЕ, ДВУХСТОРОННИЕ ЗАТЕМНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ (СИМПТОМ «СНЕЖНОЙ БУРИ») ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- 1) кардиогенного отека легких
 - 2) острой пневмонии
 - 3) ОРДС взрослых
 - 4) острого ателектаза
8. $200 \text{ мм РТ. СТ. } < PaO_2/FIO_2 \leq 300 \text{ мм РТ. СТ. ПРИ } PEEP \text{ ИЛИ } CPAP \geq 5 \text{ смН}_2\text{О}$ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА
- 1) легкого ОРДС
 - 2) умеренного ОРДС
 - 3) тяжелого ОРДС
 - 4) крайне-тяжелого ОРДС
9. $100 \text{ мм РТ. СТ. } < PaO_2/FIO_2 \leq 200 \text{ мм РТ. СТ. ПРИ } PEEP \geq 5 \text{ смН}_2\text{О}$ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА
- 1) легкого ОРДС
 - 2) умеренного ОРДС
 - 3) тяжелого ОРДС
 - 4) крайне-тяжелого ОРДС
10. $PaO_2/FIO_2 \leq 100 \text{ мм РТ. СТ. ПРИ } PEEP \geq 5 \text{ смН}_2\text{О}$ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА
- 1) легкого ОРДС
 - 2) умеренного ОРДС
 - 3) тяжелого ОРДС
 - 4) крайне-тяжелого ОРДС
11. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКОГО ОРДС ВЗРОСЛЫХ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ В УСЛОВИЯХ
- 1) отделения пульмонологии
 - 2) отделения неотложной кардиологии
 - 3) на месте до стабилизации показателей газового состава крови
 - 4) отделения реанимации

12. УРОВЕНЬ P_{aO_2} , КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ _____ ММ РТ. СТ.1)
<60
2) <70
3) <80
4) <90
13. УРОВЕНЬ P_{aCO_2} , КОТОРЫЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ _____ ММ РТ. СТ.1)
>40
2) >50
3) >55
4) >60
14. ПДКВ (РЕЕР) – ЭТО ПАРАМЕТР ИВЛ, ОСНОВНЫМ ЭФФЕКТОМ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ
1) повышение проницаемости альвеолокапиллярной мембраны
2) снижение давления в малом круге кровообращения
3) профилактика ателектазирования альвеол в конце выдоха
4) ускорение поступления дыхательной смеси в альвеолы во время вдоха
15. ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ ПДКВ (РЕЕР) ЯВЛЯЕТСЯ
1) повышение венозного возврата к сердцу
2) снижение венозного возврата к сердцу
3) снижение кровотока в головном мозге
4) повышение кровотока в головном мозге
16. СОЗДАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КОНЦЕ ВЫДОХА НА УРОВНЕ 30-40 ММ РТ. СТ. НА КРАТКОВРЕМЕННЫЙ ПЕРИОД (ДО 30 СЕК) – ЭТО
1) маневр рекрутирования альвеол
2) маневр гипероксигенации крови
3) маневр восстановления проходимости дыхательных путей
4) маневр стабилизации альвеол
17. МАНЕВР РЕКРУТИРОВАНИЯ АЛЬВЕОЛ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ
1) снижения давления в малом круге кровообращения
2) повышение проницаемости альвеолокапиллярной мембраны
3) остановки легочного кровотечения
4) раскрытия коллабированных альвеол
18. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ P_{aO_2} ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ОРДС СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ. СТ.
1) 30-40
2) 40-50
3) 55-80
4) 90-95

19. ПРИМЕНЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ

- 1) оправдано назначение малых доз (0,5-2,5 мг/кг/сутки) метилпреднизолона
- 2) оправдано назначение больших доз (>2,5 мг/кг/сутки) метилпреднизолона
- 3) оправдано проведение пульс-терапии метилпреднизолоном
- 4) противопоказано при терапии ОРДС

20. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ОРДС СОСТАВЛЯЕТ 1) 5-10%

- 2) 30-40%
- 3) 50-60%
- 4) 50%

21. УРОВЕНЬ ИНДЕКСА ОКСИГЕНАЦИИ (P_{aO_2}/F_{IO_2}), ЯВЛЯЮЩИЙСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОРДС ВЗРОСЛЫХ

- 1) <300 мм рт. ст.
- 2) 301-320 мм рт. ст.
- 3) 375-420 мм рт. ст.
- 4) не имеет значения, важнее клиническая картина

22. ГИПЕРКАПНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) повышении минутной альвеолярной вентиляции
- 2) снижении кровотока в легких
- 3) снижении минутной альвеолярной вентиляции
- 4) остановки сердца

23. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ P_{aCO_2} СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ. СТ. 1) 50-60

- 2) 45-55
- 3) 35-45
- 4) 20-35

24. ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ АКТИВАЦИИ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА

- 1) повышение концентрации ионов водорода
- 2) повышение концентрации ионов бикарбоната
- 3) снижение P_{aO_2}
- 4) снижение SaO_2

25. ПРОТЕКТИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ – ЭТО

- 1) использование низкого дыхательного объема (10 мл/кг)
- 2) использование высокого дыхательного объема (10-12 мл/кг)
- 3) использование низкого дыхательного объема (6-8 мл/кг)
- 4) использование низкого дыхательного объема (1-2 мл/кг)

26. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ У ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ЧД БОЛЕЕ _____ В МИНУТУ
- 1) 25
 - 2) 30
 - 3) 35
 - 4) 40
27. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНА P_{aCO_2} ВЫШЕ _____ ММ РТ. СТ.1)
- 1) 80
 - 2) 70
 - 3) 60
 - 4) 50
28. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНА P_{aO_2} НИЖЕ _____ ММ РТ. СТ.1)
- 1) 80
 - 2) 70
 - 3) 60
 - 4) 50
29. СИМПТОМ «СНЕЖНОЙ БУРИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
- 1) ОРДСВ
 - 2) тяжелого обострения бронхиальной астмы
 - 3) аспирационной пневмонии
 - 4) кардиогенного отека легких
30. СРЕДНЯЯ ПОТРЕБНОСТЬ В O_2 У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/МИН
- 1) 150- 200
 - 2) 250- 300
 - 3) 500- 600
 - 4) 700- 800
31. 1 ГРАММ ГЕМОГЛОБИНА СПОСОБЕН СВЯЗАТЬ _____ МЛ КИСЛОРОДА
- 1) 0,53
 - 2) 1,34
 - 3) 1,90
 - 4) 3,31
32. P_{O_2} В АЛЬВЕОЛЯРНОЙ СМЕСИ ПРИ ДЫХАНИИ АТМОСФЕРНЫМ ВОЗДУХОМ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ. СТ.
- 1) 40- 46

- 2) 50- 56
 - 3) 60- 66
 - 4) 100-108
33. НАПРЯЖЕНИЕ O₂ В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ПРИ ДЫХАНИИ АТМОСФЕРНЫМ ВОЗДУХОМ СОСТАВЛЯЕТ _____ММ РТ. СТ.
- 1) 40
 - 2) 60
 - 3) 96-100
 - 4) 110-160
34. ГИПОКСЕМИЯ СТИМУЛИРУЕТ ДЫХАНИЕ ПУТЕМ ДЕЙСТВИЯ НА
- 1) каротидный синус
 - 2) хеморецепторы гипоталамуса
 - 3) хеморецепторы продолговатого мозга
 - 4) центральные респираторные нейроны
35. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ (ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ)
- 1) спирометрия
 - 2) рентгенография грудной клетки
 - 3) определение мертвого легочного пространства
 - 4) анализ газов артериальной крови
36. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ - ЭТО
- 1) количество воздуха в мл, которое поступает за один вдох в легкие больного
 - 2) количество воздуха, вдыхаемое в одну минуту
 - 3) число вдохов в одну минуту
 - 4) объем форсированного выдоха
37. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНА PaCO₂ НИЖЕ _____ММ РТ. СТ. 1)
- 35
 - 2) 25
 - 3) 20
 - 4) 15
38. В РЕЖИМЕ IMV (ППВЛ)
- 1) аппарат поддерживает объемом попытки больного
 - 2) аппарат поддерживает давлением попытки больного
 - 3) аппарат синхронизирован с дыханием пациента
 - 4) вдохи аппарата не синхронизированы с дыханием пациента
39. ПОКАЗАНИЕМ К НАЧАЛУ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНА D(A-aO₂) ВЫШЕ _____ММ РТ. СТ.
- 1) 100

- 2) 300
- 3) 400
- 4) 500

40. РЕЖИМ PRESSURE CONTROL ПОКАЗАН ПРИ

- 1) обструктивной дыхательной недостаточности
- 2) рестриктивной дыхательной недостаточности
- 3) стойкой гиперкапнии
- 4) стойкой гипокапнии

41. ДИФфуЗИОННЫЙ КОМПОНЕНТ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ВЕЛИЧИНА

- 1) $D(A-aO_2)$
- 2) статического комплайенса
- 3) SpO_2
- 4) сопротивления дыхательных путей

42. ПРИ ОБСТРУКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НА ГЛАЗАХ У РЕАНИМАТОРА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- 1) комплекс сердечно-легочной реанимации
- 2) тройной прием Сафара
- 3) прием Геймлиха
- 4) интубацию трахеи

43. САМЫЙ НАДЕЖНЫЙ МЕТОД ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ И ЗАЩИТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- 1) боковое стабильное положение
- 2) интубация трахеи
- 3) воздуховод
- 4) ларингеальная маска

44. ГАЗ БУДЕТ ДИФФУНДИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ ПРОНИЦАЕМУЮ МЕМБРАНУ

- 1) из участка с большим объемом к участку с меньшим объемом
- 2) из участка с меньшим объемом к участку с большим объемом
- 3) из участка с низким давлением к участку с высоким давлением
- 4) из участка с высоким давлением к участку с низким давлением

45. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЛОКАТОРОВ В-АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфаркт миокарда
- 2) тяжелая обструктивная болезнь легких
- 3) хронический гепатит С
- 4) железодефицитная анемия

46. ХАРАКТЕРНЫМ КОМПЛЕКСОМ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипоксемия, гипокапния, ацидоз
- 2) гипоксемия, гипокапния, алкалоз
- 3) гипоксемия, гиперкапния, алкалоз
- 4) гипоксемия, гиперкапния, ацидоз

47. РЕСТРИКТИВНАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) снижении эластичности легочной ткани
- 2) нарушении проходимости бронхиального дерева
- 3) резекции легочной ткани
- 4) нарушения целостности грудной клетки

48. УВЕЛИЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ РАЗНИЦЫ ПО
КИСЛОРОДУ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О

- 1) увеличении потребления кислорода тканями
- 2) нарушении проницаемости альвеолокапиллярной мембраны
- 3) снижении кислородной емкости крови
- 4) снижении сердечного выброса

49. ПАРИЕТАЛЬНАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) поражении дыхательного центра
- 2) поражении спинного мозга
- 3) нарушении перфузии тканей
- 4) нарушении герметичности плевральных полостей

50. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) фенотерола
- 2) сальбутамола
- 3) пропранолола
- 4) будесонида

51. УМЕРЕННОЕ ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ, ВЫДВИЖЕНИЕ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОТКРЫВАНИЕ РТА ПОСТРАДАВШЕГО ЭТО

- 1) приём Саффара
- 2) приём Селлика
- 3) приём Геймлиха
- 4) двойной приём

52. ЦЕЛЬЮ ПРИДАНИЯ ПОСТРАДАВШЕМУ БОКОВОГО СТАБИЛЬНОГО
ПОЛОЖЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ

- 1) травматизации спинного мозга при переломе позвоночника
- 2) отека головного мозга
- 3) теплопотери
- 4) аспирации желудочным содержимым

53. В БЛИЖАЙШЕМ ПОСТНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНОГО РАЗВИЛОСЬ ОСЛОЖНЕНИЕ, ИМЕНУЕМОЕ «СИНДРОМ МЕНДЕЛЬСОНА». ДАННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ВРАЗВИТИИ
- 1) рефлекторной остановки сердца
 - 2) фиброза легких
 - 3) острого пневмонита
 - 4) тяжелого обострения бронхиальной астмы
54. ОСТРО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ДИФфуЗНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ЛЕГКИХ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ КАК НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА РАЗЛИЧНЫЕ ПОВРЕЖДАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ПРИВОДЯЩЕЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ВСЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ И УМЕНЬШЕНИЯ МАССЫ АЭРИРОВАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ – ЭТО
- 1) ОРДС детей
 - 2) ОРДС взрослых
 - 3) острая пневмония
 - 4) фиброзирующий альвеолит
55. ЭПИТЕЛИЕМ ВЫСТЕЛАЮЩИМ БРОНХИ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) однослойный однорядный
 - 2) многослойный многорядный цилиндрический
 - 3) многослойный однорядный
 - 4) однослойный многорядный реснитчатый
56. МЕРТВОЕ ПРОСТРАНСТВО ИМЕЕТ ОБЪЕМ1) 300 мл
- 2) 250 мл
 - 3) 150 мл
 - 4) 100 мл
57. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ РАВЕН1)
- 550-650 мл
 - 2) 450-500 мл
 - 3) 300-400 мл
 - 4) 250-300 мл
58. НАЧАЛЬНЫЙ ГАЗООБМЕН ПРОИСХОДИТ В
- 1) респираторных бронхиолах
 - 2) терминальных бронхиолах
 - 3) сегментарных бронхах
 - 4) альвеолах
59. COMPLIANCE ЭТО
- 1) сократимость

- 2) растяжимость
- 3) давление
- 4) объем

60. КАРОТИДНЫЙ СИНУС РАСПОЛОЖЕН В

- 1) дне 4-го желудочка
- 2) аорте
- 3) верхней поллой вене
- 4) месте бифуркации сонной артерии

61. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР РАСПОЛОЖЕН

- 1) на дне 4-го желудочка
- 2) в коре ГМ
- 3) в каротидном синусе
- 4) в твердой мозговой оболочке

62. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕСЕЧЕНИИ ВОЗВРАТНОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) полная релаксация мышц и открытие голосовой щели
- 2) положение голосовых связок не изменяется
- 3) открытие задней голосовой щели
- 4) неполное закрытие голосовой щели

63. ДАВЛЕНИЕ, КОТОРОЕ НЕОБХОДИМО ПРИЛОЖИТЬ К ЛЁГКИМ, ЧТОБЫ ИХ РАСТЯНУТЬ НА 1 МЛ

- 1) транспульмональное давление
- 2) градиент
- 3) комплайнс
- 4) резервный объем вдоха

64. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЁМ В НОРМЕ РАВЕН _____ МЛ/КГ

- 1) 450-500
- 2) 6-8
- 3) 10-12
- 4) 150

65. ОБЪЁМ ВОЗДУХА В ЛЁГКИХ ПО ЗАВЕРШЕНИИ МАКСИМАЛЬНОГО ВДОХА

- 1) общая ёмкость лёгких
- 2) остаточный объем
- 3) жизненная ёмкость лёгких
- 4) ёмкость вдоха

66. ОБЪЕМ ВОЗДУХА В ЛЁГКИХ ПО ЗАВЕРШЕНИИ МАКСИМАЛЬНОГО ВЫДОХА

- 1) жизненная ёмкость лёгких
- 2) ёмкость вдоха

- 3) общая ёмкость лёгких
- 4) остаточный объем

67. ОБЪЕМ МАКСИМАЛЬНОГО ВЫДОХА ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОБЫЧНОГО ВЫДОХА

- 1) резервный объем выдоха
- 2) резервный объем вдоха
- 3) дыхательный объем
- 4) жизненная ёмкость лёгких

68. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ (TIDAL VOLUME) ЭТО

- 1) суммарный объем воздушных путей
- 2) величина максимального вдоха
- 3) величина одного обычного вдоха или выдоха
- 4) объем обычного вдоха

69. НОРМА СОПРОТИВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ДЛЯ ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА _____ СМ H₂O/Л/С

- 1) 0,1-0,9
- 2) 0,6-2,4
- 3) 3-10
- 4) 10-30

70. 1 МИЛЛИБАР [МБАР] = _____ СМ ВОД. СТ. 1)

- 1,019
- 2) 1,513
- 3) 1,726
- 4) 3,145

71. АЛЬВЕОЛО-КАПИЛЛЯРНАЯ МЕМБРАНА НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) мембрану альвеолоцита
- 2) хрящевую пластинку
- 3) базальную мембрану
- 4) мембрану капилляра

72. ВОЗБУЖДАЮЩЕ ДЕЙСТВУЮТ НА ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР ИОНЫ

- 1) H⁺
- 2) HCO₃⁻
- 3) CO₂
- 4) O₂

73. ОБЪЕМ МАКСИМАЛЬНОГО ВДОХА ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОБЫЧНОГО ВДОХА

- 1) резервный объем вдоха
- 2) дыхательный объем
- 3) ёмкость вдоха

4) остаточный объём

74. ОБЪЁМ МАКСИМАЛЬНОГО ВДОХА ПОСЛЕ ОБЫЧНОГО ВЫДОХА

- 1) резервный объём вдоха
- 2) резервный объём выдоха
- 3) дыхательный объём
- 4) ёмкость вдоха

75. КОЭФФИЦИЕНТ РАСТВОРИМОСТИ O₂ В ПЛАЗМЕ КРОВИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 0,0031
- 2) 0,031
- 3) 0,3
- 4) 0,31

76. ПРЕПЯТСТВИЕ ПОТОКУ ВОЗДУХА ПРОВОДЯЩИМИ ДЫХАТЕЛЬНЫМИ ПУТЯМИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- 1) комплайнс
- 2) податливость
- 3) эластичность дыхательных путей
- 4) сопротивление дыхательных путей

77. С ВОЗРАСТОМ ВЕЛИЧИНА ОСТАТОЧНОГО ОБЪЕМА ЛЕГКИХ

- 1) уменьшается
- 2) увеличивается
- 3) не изменяется
- 4) уменьшается незначительно

78. ДИФФУЗИЯ ГАЗОВ ЧЕРЕЗ АЛЬВЕОЛО-КАПИЛЛЯРНУЮ МЕМБРАНУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) законом Хьюффера
- 2) законом Фика
- 3) законом Дальтона
- 4) правилом Мендельсона

79. ДИАФРАГМАЛЬНЫЙ НЕРВ ИДЕТ ОТ КОРЕШКОВ 1) C2-C3

- 2) C3-C5
- 3) C5-C8
- 4) T1-T2

80. ГЕМОГЛОБИН НА 50% НАСЫЩАЕТСЯ КИСЛОРОДОМ (ПОКАЗАТЕЛЬ P₅₀) ПРИ ПАРЦИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ КИСЛОРОДА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КРОВИ, РАВНОМ

- 1) 96 мм рт.ст.
- 2) 50 мм рт.ст.
- 3) 30 мм рт.ст.

4) 15 мм рт.ст.

81. КОЭФФИЦИЕНТ ДИФФУЗИИ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА ПРЕВЫШАЕТ КОЭФФИЦИЕНТ ДИФФУЗИИ КИСЛОРОДА В

- 1) 5 раз
- 2) 20 раз
- 3) 25 раз
- 4) 30 раз

82. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО КИСЛОРОДА, КОТОРОЕ МОЖЕТ СВЯЗАТЬ КРОВЬ ПРИ ПОЛНОМ НАСЫЩЕНИИ ГЕМОГЛОБИНА КИСЛОРОДОМ ЭТО

- 1) кислородная емкость крови
- 2) парциальное давление кислорода в артериальной крови
- 3) сатурация гемоглобина кислородом артериальной крови
- 4) сатурация гемоглобина кислородом венозной крови

83. УСИЛЕНИЕ ВДОХА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) внутренними межреберными мышцами
- 2) наружными межреберными мышцами
- 3) дельтовидными мышцами
- 4) большими грудными мышцами

84. В НОРМЕ КОЭФФИЦИЕНТ УТИЛИЗАЦИИ КИСЛОРОДА РАВЕН 1) 15-17%

- 2) 22-23%
- 3) 28-30%
- 4) 96-100%

85. ПАЦИЕНТ ГОВОРИТ ФРАЗАМИ, ПРЕДПОЧИТАЕТ СИДЕТЬ, А НЕ ЛЕЖАТЬ, НЕ ВОЗБУЖДЕН. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МЫШЦЫ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 23 В МИНУТУ. ЧАСТОТА ПУЛЬСА 90 В МИНУТУ. SPO₂ (ПРИ ДЫХАНИИ ВОЗДУХОМ)- 92%. ПСВ 500 Л/МИН. У ПАЦИЕНТА _____ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- 1) легкое или умеренное
- 2) тяжелое
- 3) жизнеугрожающее
- 4) околофатальное

86. ПАЦИЕНТ ГОВОРИТ ОТДЕЛЬНЫМИ СЛОВАМИ, СИДИТ СОГНУВШИСЬ ВПЕРЕД, ВОЗБУЖДЕН. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ 32 В МИНУТУ. ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ МУСКУЛАТУРА ПРИ ДЫХАНИИ. ЧАСТОТА ПУЛЬСА 128 В МИНУТУ. SPO₂ (ПРИ ДЫХАНИИ ВОЗДУХОМ) - 87%. ПСВ - 210 Л/МИН. У ПАЦИЕНТА _____ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- 1) легкое обострение
- 2) умеренное обострение

- 3) тяжелое обострение
 - 4) жизнеугрожающее обострение
87. ПАЦИЕНТ СОНЛИВ, НАБЛЮДАЕТСЯ СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ. ДЫХАНИЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ, ЧАСТОЕ. АУСКУЛЬТАТИВНО ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ШУМЫ НЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ («НЕМОЕ ЛЕГКОЕ»). У ПАЦИЕНТА _____ ОБОСТРЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
- 1) легкое обострение
 - 2) умеренное обострение
 - 3) тяжелое обострение
 - 4) жизнеугрожающее обострение
88. ПРИ ТЕРАПИИ УМЕРЕННОГО ОБОСТРЕНИЯ БА, ДОЗИРОВКА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 0,5 мг/кг, максимальная доза 50 мг
 - 2) 1 мг/кг, максимальная доза 50 мг
 - 3) 1,5 мг/кг, максимальная доза 90 мг
 - 4) 2 мг/кг, максимальная доза 120 мг
89. ПРИ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ БА, ОПТИМАЛЬНАЯ ДОЗИРОВКА ПРЕДНИЗОЛОНА СОСТАВЛЯЕТ _____ МГ/КГ/СУТ
- 1) 0,5
 - 2) 1
 - 3) 1,5- 2
 - 4) 2,5- 3
90. ЛЕЧЕНИЕ ЛЮБОЙ ТЯЖЕСТИ ОБОСТРЕНИЯ БА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
- 1) оксигенотерапию, системные кортикостероиды, ингаляционные бета-2-агонисты
 - 2) оксигенотерапию, ингаляционные кортикостероиды, эуфиллин, бета-блокаторы
 - 3) системные кортикостероиды, ингаляционные бета-2-агонисты, НПВС, эуфиллин
 - 4) оксигенотерапию, антибактериальные препараты, ингаляционные бета-2-агонисты, НПВС
91. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ БЕРОДУАЛ СОДЕРЖИТ
- 1) беклометазон дипропионат и ипратропиум бромид
 - 2) сальбутамол и аминофиллин
 - 3) формотерол и ипратропиум бромид
 - 4) фенотерол гидробромид и ипратропиум бромид
92. ДОЗА БЕРОДУАЛА, ПРИ ЕГО ИНГАЛЯЦИОННОМ ПРИМЕНЕНИИ, СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 10 капель в 2-3 мл физиологического раствора
 - 2) 60 капель в 2-3 мл физиологического раствора
 - 3) 20- 40 капель чистого раствора
 - 4) 20- 40 капель в 3-4 мл физиологического раствора

93. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОБОСТРЕНИИ БА, ЭУФИЛЛИН НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) если в течение двух часов после назначения бета-2-агонистов, внутривенного введения магния сульфата отчетливый положительный эффект отсутствует
- 2) всегда, параллельно проводимой терапии
- 3) если пациент до поступления получал его регулярно
- 4) при сопутствующих церебральных нарушениях

94. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЧАЛА ИВЛ ПРИ ОБОСТРЕНИИ БА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) пиковая скорость выдоха $<60\%$ от обычной для пациента величины
- 2) тахикардия или артериальная гипертензия
- 3) признаки тяжелого обострения БА
- 4) немая грудная клетка, цианоз, слабые дыхательные усилия

95. ВО ВРЕМЯ ОБОСТРЕНИЯ БА ИНГАЛЯЦИОННЫЕ КОРТИКОСТЕРОИДЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ

- 1) любом обострении
- 2) легком и умеренном
- 3) тяжелом обострении
- 4) жизнеугрожающем обострении

96. ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ БЭТА-2-АГАНИСТАМИ СЛЕДУЕТ

- 1) прекратить введение, возобновить через 4-5 часов
- 2) продолжить введение в меньшей дозировке
- 3) не прекращать, следить за состоянием пациента, при необходимости симптоматическое лечение
- 4) прекратить введение, стараться избегать назначения препаратов данной группы в дальнейшем

97. ВНУТРИМЫШЕЧНАЯ ИНЪЕКЦИИ АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРИСТУПЕ БА НЕОБХОДИМА ПРИ

- 1) всегда при среднетяжелом и тяжелом обострении
- 2) всех видах обострения
- 3) всегда, если БА спровоцирована действием аллергена
- 4) обострении БА с анафилаксией или ангионевротическом отеке

98. ПРИ АЭРОБНОМ ОКИСЛЕНИИ ИЗ ОДНОЙ МОЛЕКУЛЫ ГЛЮКОЗЫ ОБРАЗУЕТСЯ МОЛЕКУЛ АТФ

- 1) 2
- 2) 8
- 3) 10
- 4) 36

99. ВНУТРЕННЮЮ ПОВЕРХНОСТЬ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВЫСТЕЛАЕТ
ЭПИТЕЛИЙ
- 1) реснитчатый многослойный
 - 2) мерцательный
 - 3) плоский ороговевающий
 - 4) плоский неороговевающий
100. ВНУТРЕННЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ АЛЬВЕОЛ ПОКРЫТА
- 1) бронхиальным секретом
 - 2) альвеолярной жидкостью
 - 3) лизоцимом
 - 4) сурфактантом
101. ГАЗООБМЕН МЕЖДУ ВНЕШНЕЙ СРЕДОЙ И АЛЬВЕОЛЯРНОЙ СМЕСЬЮ – ЭТО
- 1) внутреннее дыхание
 - 2) внешнее дыхание
 - 3) изолированный вдох
 - 4) изолированный выдох
102. МОЛЕКУЛА ГЕМОГЛОБИНА МОЖЕТ СВЯЗЫВАТЬ _____
МОЛЕКУЛЫ O_2
- 1) 1
 - 2) 4
 - 3) 5
 - 4) 6
103. САМОЕ УЗКОЕ МЕСТО ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ЭТО
- 1) подсвязочное пространство
 - 2) бифуркация трахеи
 - 3) голосовая щель
 - 4) верхняя треть трахеи
104. МИНУТНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ (МВЛ) РАСЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ
- 1) $DO \times ЧДД$
 - 2) $ЖЕЛ \times DO$
 - 3) $ОФВ \times ЧДД$
 - 4) $FiO_2 \times ЖЕЛ$
105. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/КГ
- 1) 3 – 5
 - 2) 6 – 8
 - 3) 10 – 12
 - 4) 16 – 18

106. В ОСНОВЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ГИПОКСИИ
ЛЕЖИТ
- 1) анемия
 - 2) острая недостаточность кровообращения
 - 3) альвеолярная гиповентиляция
 - 4) специфическое отравление
107. ПРИ УМЕНЬШЕНИИ КИЛОРОДНОЙ ЕМКОСТИ КРОВИ
РАЗВИВАЕТСЯ
- 1) гемическая гипоксия
 - 2) респираторная гипоксия
 - 3) циркуляторная гипоксия
 - 4) экзогенная гипоксия
108. В КЛИНИКЕ ВЫДЕЛЯЮТ
- 1) 5 стадий ОДН
 - 2) 4 стадии ОДН
 - 3) 3 стадии ОДН
 - 4) 2 стадии ОДН
109. БОЛЬНОЙ В СОЗНАНИИ, ЧДД 25 – 30, ЧСС 100 – 110, АД В ПРЕДЕЛАХ
НОРМЫ, P_{aO_2} 70 ММ РТ.СТ, P_{aCO_2} 35 ММ РТ.СТ
- 1) норма
 - 2) ОДН 1 стадии
 - 3) ОДН 2 стадии
 - 4) ОДН 3 стадии
110. СОЗНАНИЕ НАРУШЕНО, ЧД 30 – 40, ЧСС 120 – 140, АРТЕРИАЛЬНАЯ
ГИПЕРТЕНЗИЯ, P_{aO_2} 60 ММ РТ.СТ, P_{aCO_2} 50 ММ РТ.СТ
- 1) норма
 - 2) ОДН 1 стадии
 - 3) ОДН 2 стадии
 - 4) ОДН 3 стадии
111. СОЗНАНИЕ НЕ НАРУШЕНО, ЧДД 15 - 18, ЧСС 70 – 80, P_{aO_2} 90 ММ РТ.СТ,
 P_{aCO_2} 40 ММ РТ.СТ
- 1) норма
 - 2) ОДН 1 стадии
 - 3) ОДН 2 стадии
 - 4) ОДН 3 стадии
112. СОЗНАНИЕ ОТСУТСТВУЕТ, ПЕРЕХОД ТАХИ- В БРАДИПНОЭ, ПАДЕНИЕ АД,
ЧСС БОЛЕЕ 140, P_{aO_2} 50 ММ РТ.СТ, P_{aCO_2} – 90 ММ РТ.СТ
- 1) норма

- 2) ОДН 1 стадии
- 3) ОДН 2 стадии
- 4) ОДН 3 стадии

113. К ВИДАМ ОДН ОТНОСИТСЯ

- 1) нервно-мышечная ОДН
- 2) астматическая ОДН
- 3) асфиксическая ОДН
- 4) спазматическая ОДН

114. ИНДЕКС ОКСИГЕНАЦИИ РАСЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- 1) PaO_2/FiO_2
- 2) $PaO_2/PaCO_2$
- 3) FiO_2/PaO_2
- 4) $PaCO_2/FiO_2$

115. ИНДЕКС ОКСИГЕНАЦИИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ 1) 405 - 465

- 2) 375 – 420
- 3) 200 – 300
- 4) 150 – 180

116. К ПРИНУДИТЕЛЬНОМУ РЕЖИМУ ИВЛ ОТНОСИТСЯ

- 1) PCV (Pressure Control Ventilation)
- 2) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)
- 3) PEEP (Positive end expiratory pressure)
- 4) PSV (Pressure Support Ventilation)

117. К ПРИНУДИТЕЛЬНО-ВСПОМОГАТЕЛЬНОМУ РЕЖИМУ ВВЛ ОТНОСИТСЯ

- 1) VSV (Volume Control Ventilation)
- 2) PCV (Pressure Control Ventilation)
- 3) PEEP (Positive end expiratory pressure)
- 4) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)

118. ПАРАМЕТР, ПРИ КОТОРОМ В КОНЦЕ ВЫДОХА ДАВЛЕНИЕ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ НЕ СНИЖАЕТСЯ ДО НУЛЕВОГО УРОВНЯ, А ОСТАЕТСЯ ВЫШЕ АТМОСФЕРНОГО ЭТО

- 1) VCV (Volume Control Ventilation)
- 2) PCV (Pressure Control Ventilation)
- 3) PEEP (Positive end expiratory pressure)
- 4) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)

119. РЕЖИМ, ПРИ КОТОРОМ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ АППАРАТА ИВЛ НА ВЫДОХ ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАДАННОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ОБЪЕМА ЭТО

- 1) VCV (Volume Control Ventilation)

- 2) PCV (Pressure Control Ventilation)
 - 3) PEEP (Positive end expiratory pressure)
 - 4) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)
120. РЕЖИМ, ПРИ КОТОРОМ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ АППАРАТА С ВДОХА НА ВЫДОХ ПРОИСХОДИТ, КОГДА ДАВЛЕНИЕ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ДОСТИГАЕТ ЗАДАННОГО УРОВНЯ ЭТО
- 1) VCV (Volume Control Ventilation)
 - 2) PCV (Pressure Control Ventilation)
 - 3) PEEP (Positive end expiratory pressure)
 - 4) SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation)
121. К ПРИЧИНЕ РАЗВИТИЯ ОРДС МОЖНО ОТНЕСТИ
- 1) септические состояния
 - 2) бронхиальная астма
 - 3) кардиогенный отек легкого
 - 4) ХОБЛ
122. РЕДКОЕ ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СУДОРОЖНЫМИ ВДОХАМИ С РЕДУЦИРОВАННЫМ ВЫДОХОМ, ВОЗНИКАЕТ ПРИ РЕЗКОЙ ГИПОКСИИ ИЛИ В ПЕРИОД АГОНИИ ЭТО
- 1) дыхание типа Биота
 - 2) дыхание типа Чейн – Стокса
 - 3) апнейстическое дыхание
 - 4) гаспинг – дыхание
123. ДЫХАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ АМПЛИТУДА И ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ВОЛНООБРАЗНО НАРАСТАЕТ, А ЗАТЕМ УМЕНЬШАЕТСЯ. ПОСЛЕ ПАУЗЫ ЦИКЛ ДЫХАНИЯ ПОВТОРЯЕТСЯ. НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЯ СНА, А ТАКЖЕ ПРИ ГИПОКАПНИИ ЭТО
- 1) дыхание типа Биота
 - 2) гаспинг – дыхание
 - 3) атактическое дыхание
 - 4) дыхание типа Чейн – Стокса
124. ДЫХАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ РАВНОМЕРНЫЕ РИТМИЧЕСКИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ЧЕРЕДУЮТСЯ С ЭПИЗОДАМИ ДЛИТЕЛЬНОГО АПНОЭ. РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ ВАРОЛИЕВА МОСТА - ЭТО
- 1) дыхание типа Биота
 - 2) нейрогенная гипервентиляция
 - 3) апнейстическое дыхание
 - 4) дыхание типа Чейн – Стокса
125. ЧАСТОЕ И ГЛУБОКОЕ ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ СТРЕССЕ,

ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТЕ, ПОРАЖЕНИИ СТРУКТУР СРЕДНЕГО МОЗГА

- 1) дыхание типа Биота
- 2) нейрогенная гипервентиляция
- 3) гаспинг-дыхание
- 4) дыхательная апраксия

126. ПРИЧИНА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОДН

- 1) интоксикация свинцом
- 2) сдавление легкого обширным пневмотораксом
- 3) сдавление и дислокация ствола ГМ
- 4) нарушение вентиляционно-перфузионного отношения

127. ТРАВМЫ И ЗАБОЛЕВАНИЯ СПИННОГО МОЗГА С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕРЕДНИХ РОГОВ ШЕЙНОГО И ГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЧИНОЙ

- 1) торако-диафрагмальной ОДН
- 2) центральной ОДН
- 3) нервно-мышечной ОДН
- 4) бронхо-легочной ОДН

128. НАРУШЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННОГО ОТНОШЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ

- 1) центральной ОДН
- 2) торако-диафрагмальной ОДН
- 3) нервно-мышечной ОДН
- 4) бронхо-легочной ОДН

129. ПРИЧИНОЙ ТОРАКО-ДИАФРАГМАЛЬНОЙ (ПАРИЕТАЛЬНОЙ) ОДН ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) болевой синдром, связанный с дыхательными движениями
- 2) отравление ФОС
- 3) травмы и заболевания ГМ
- 4) нарушение вентиляционно-перфузионных отношений

130. ТИП ОДН, ПРИ КОТОРОМ СНИЖЕНО P_{aO_2} И ПОВЫШЕНО P_{aCO_2}

- 1) паренхиматозная
- 2) вентиляционная
- 3) сочетание вентиляционной и перфузионной
- 4) бронхо-легочная

131. САТУРАЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ГОВОРIT О

- 1) количество растворенного кислорода в крови
- 2) соотношение оксигемоглобина к общему гемоглобину
- 3) объём кислорода, который может раствориться во всём объёме крови

4) степени насыщения гемоглобина, кислородом

132. НЕРАВНОМЕРНОСТЬ ВЕНТИЛЯЦИОННО-ПЕРФУЗИОННЫХ (V/Q) ОТНОШЕНИЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ КОТОРОГО ПРОИСХОДИТ СНИЖЕНИЕ САТУРАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ, ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПАРЦИАЛЬНОМ НАПРЯЖЕНИИ КИСЛОРОДА В АЛЬВЕОЛАХ

- 1) альвеолярное мертвое пространство
- 2) сброс справа – налево
- 3) артерио-венозное шунтирование
- 4) деоксигенация

Эталоны ответов

1	2	11	4	21	1	31	2	41	1
2	2	12	1	22	3	32	4	42	3
3	4	13	4	23	3	33	3	43	2
4	1	14	3	24	1	34	2	44	4
5	2	15	2	25	3	35	4	45	2
6	4	16	1	26	4	36	1	46	4
7	3	17	4	27	3	37	2	47	1
8	1	18	3	28	3	38	4	48	1
9	2	19	1	29	1	39	1	49	4
10	3	20	2	30	2	40	2	50	3

51	1	61	1	71	2	81	3	91	4
52	4	62	4	72	1	82	1	92	4
53	3	63	3	73	1	83	2	93	1
54	2	64	2	74	4	84	2	94	4
55	4	65	1	75	1	85	1	95	2
56	3	66	4	76	4	86	3	96	1
57	2	67	1	77	2	87	4	97	4
58	1	68	3	78	2	88	2	98	4
59	2	69	2	79	2	89	3	99	1
60	4	70	1	80	3	90	1	100	4

101	2	111	1	121	1	131	4
102	2	112	4	122	4	132	3
103	1	113	1	123	4		
104	1	114	1	124	1		
105	2	115	2	125	2		
106	3	116	1	126	3		
107	1	117	4	127	3		
108	3	118	3	128	4		

109	2	119	1	129	1
110	3	120	2	130	2

РАЗДЕЛ 3. ШОК. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Выберете один правильный вариант ответа

1. ПРИ ВЫСОКОМ ЦВД И НОРМАЛЬНОМ ДЗЛА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ
 - 1) истинный кардиогенный шок
 - 2) гиповолемический шок
 - 3) вазогенный шок
 - 4) инфаркт правого желудочка
2. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ КАРДИОГЕННЫЙ И НЕКАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ МОЖНО ПО
 - 1) КОД плазмы
 - 2) ДЗЛА
 - 3) ЦВД
 - 4) ОЛСС
3. К ПРИЗНАКАМ ВАЗОГЕННОГО ШОКА ОТНОСИТСЯ
 - 1) низкая постнагрузка
 - 2) брадикардия
 - 3) высокая постнагрузка
 - 4) высокая преднагрузка
4. ИСТИННЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
 - 1) низким ДЗЛА и высоким ОПСС
 - 2) высоким ДЗЛА и высоким ОПСС
 - 3) низким ДЗЛА и нормальным ОПСС
 - 4) низким ДЗЛА и низким ОПСС
5. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА - ЭТО
 - 1) отношение систолического АД к диастолическому
 - 2) отношение диастолического АД к систолическому
 - 3) отношение частоты пульса к систолическому АД
 - 4) отношение частоты пульса к диастолическому АД
6. ШОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
 - 1) резкое падение АД
 - 2) остановку сердца
 - 3) кратковременную ишемию головного мозга
 - 4) острое нарушение перфузии тканей
7. СНИЖЕНИЕ СИСТЕМНОГО СОСУДИСТОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ

НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) геморрагическом шоке
- 2) септическом шоке
- 3) обструктивном шоке
- 4) кардиогенном шоке

8. ПРЕДНАГРУЗКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) объемом циркулирующей крови
- 2) количеством эритроцитов
- 3) уровнем АД
- 4) тонусом артериол

9. ЗАКОН ФРАНКА И СТАРЛИНГА ОПРЕДЕЛЯЕТ РАБОТУ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ

- 1) величины преднагрузки
- 2) дыхательного объема
- 3) частоты сердечных сокращений
- 4) величины постнагрузки

10. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- 1) недостаточным притоком крови к сердцу
- 2) низким сосудистым тонусом
- 3) снижением сократительной способности миокарда
- 4) снижением объема циркулирующей крови

11. ПЕРЕЛОМУ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ВЗРОСЛЫХ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ КРОВОПОТЕРЯ_МЛ

- 1) 300-400
- 2) 800-1000
- 3) 1000-1500
- 4) 2000-2500

12. МНОЖЕСТВЕННОМУ ПЕРЕЛОМУ КОСТЕЙ ТАЗА У ВЗРОСЛЫХ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ_____МЛ.

- 1) 500-1000
- 2) 1500-2000
- 3) 2000-3000
- 4) 3000-4000

13. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- 1) фракции изгнания
- 2) центрального венозного давления
- 3) системного сосудистого сопротивления
- 4) сосудистого сопротивления

14. КРОВОПОТЕРЯ ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ ОБРАТИМОМ ШОКЕ
СОСТАВЛЯЕТ _____%

- 1) 10-15
- 2) 15-25
- 3) 25-35
- 4) более 40

15. УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ
ОБРАТИМОМ ШОКЕ

- 1) ясное сознание
- 2) оглушение
- 3) сопор
- 4) кома

16. МАССИВНАЯ ПОТЕРЯ 1 ОЦК В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ

- 1) 24
- 2) 12
- 3) 3
- 4) 1

17. ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА 1,3-1,4 СООТВЕТСТВУЕТ
КРОВОПОТЕРЕ _____%

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 30
- 4) более 40

18. ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА 1,5 И БОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ
КРОВОПОТЕРЕ _____%

- 1) 40 и более
- 2) 30
- 3) 20
- 4) 10

19. ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ КРОВОПОТЕРЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ
ПОЗВОНОЧНИКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

- 1) 100
- 2) 500-1500
- 3) 2000
- 4) 3000

20. ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ СИМПТОМ БЕЛОГО ПЯТНА

- 1) 0,5 секунды
- 2) 1 секунда

- 3) 1,5 секунды
- 4) более 2 секунд

21.ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ КРОВОПОТЕРЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ РЕБРА_____МЛ

- 1) 50-100
- 2) 200-500
- 3) 500-1000
- 4) 1000-1500

22.ИСТИННЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЗОНЕ НЕКРОЗА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА РАВНОЙ ИЛИ ПРЕВЫШАЮЩЕЙ__%

- 1) 40
- 2) 35
- 3) 15
- 4) 10

23.РЕФЛЕКТОРНЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ШОК ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

- 1) переднеперегородочных отделов
- 2) задненижних отделов
- 3) передних отделов
- 4) боковых отделов

24.ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ УДАРНЫЙ И МИНУТНЫЙ ВЫБРОС

- 1) повышается
- 2) снижается
- 3) повышается, затем снижается
- 4) не изменяется

25.ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЁК ОТНОСЯТСЯ К

- 1) первой степени анафилаксии
- 2) второй степени анафилаксии
- 3) третьей степени анафилаксии
- 4) четвёртой степени анафилаксии

26.УМЕРЕННАЯ ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ГИПОТЕНЗИЯ, БРАДИКАРДИЯ, ГИПЕРАКТИВНОСТЬ БРОНХОВ ОТНОСИТСЯ К

- 1) первой степени анафилаксии
- 2) второй степени анафилаксии
- 3) третьей степени анафилаксии
- 4) четвёртой степени анафилаксии

27. ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩАЯ ПОН, КОЛЛАПС, АРИТМИИ,
БРОНХОСПАЗМ ОТНОСЯТСЯ К
- 1) первой степени анафилаксии
 - 2) второй степени анафилаксии
 - 3) третьей степени анафилаксии
 - 4) четвёртой степени анафилаксии
28. ОСТАНОВКА ДАХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ К
- 1) первой степени анафилаксии
 - 2) второй степени анафилаксии
 - 3) третьей степени анафилаксии
 - 4) четвёртой степени анафилаксии
29. ДЛЯ ШОКА ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
- 1) АД 100-90 мм рт. ст., ИА 0,8-1
 - 2) АД 85-70 мм рт. ст., ИА 1-2
 - 3) АД 70 мм рт. ст. и ниже, ИА 2 и выше
 - 4) АД не определяется
30. ДЛЯ ШОКА ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
- 1) АД 100-90 мм. рт. ст., ИА 0,8-1
 - 2) АД 85-70 мм. рт. ст., ИА 1-2
 - 3) АД 70 мм. рт. ст. и ниже, ИА 2 и выше
 - 4) АД не определяется
31. ДЛЯ ШОКА ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО
- 1) АД 100-90 мм рт. ст., ИА 0,8-1
 - 2) АД 85-70 мм рт. ст., ИА 1-2
 - 3) АД 70 мм рт. ст. и ниже, ИА 2 и выше
 - 4) АД не определяется
32. ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА 1,5, ОБЪЁМ КРОВОПОТЕРИ 30-40%
СООТВЕТСТВУЕТ _____ ЛИТРА КРОВОПОТЕРИ
- 1) 1,5-2
 - 2) 2-2,5
 - 3) 1-1,5
 - 4) 2,5-3
33. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС НЕ ИНФОРМАТИВЕН
- 1) у беременных
 - 2) у больных без сознания
 - 3) у больных сахарным диабетом
 - 4) у больных с хронической сердечно-сосудистой патологией

34. «ЭКСТРЕННАЯ» ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА
АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА
- 1) кожные тесты
 - 2) анализ крови на сывороточную триптазу
 - 3) тест активации базофилов аллергенами *in vitro*
 - 4) клинический анализ крови
35. ОЖОГОВЫЙ ШОК ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ
ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА НА ПЛОЩАДИ РАВНОЙ
- 1) 9-10% для глубоких и 15-20% для поверхностных ожогов
 - 2) 8-9% для глубоких и 10-15 для поверхностных ожогов
 - 3) 5-7% для глубоких и 12-13% для поверхностных ожогов
 - 4) 7-8% для глубоких и 11% для поверхностных ожогов
36. АНТИТЕЛА, УЧАСТВУЮЩИЕ В МЕХАНИЗМЕ АЛЛЕРГИИ I ТИПА У
ЧЕЛОВЕКА ОТНОСЯТСЯ К КЛАССУ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ
- 1) IgA
 - 2) IgE
 - 3) IgG
 - 4) IgM
37. НИТРОГЛИЦЕРИН
- 1) увеличивает сосудистую проницаемость
 - 2) снижает клубочковую фильтрацию
 - 3) блокирует β_2 -адренорецепторы
 - 4) считается венозным вазодилататором
38. ВНУТРИВЕННАЯ ИНФУЗИЯ НИТРОГЛИЦЕРИНА
- 1) уменьшает гипоксическую легочную вазоконстрикцию
 - 2) снижает сократительную активность миокарда
 - 3) может понизить внутричерепное давление
 - 4) прямым образом увеличивает сократимость миокарда
39. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ
ВКЛЮЧАЕТ
- 1) эуфиллин
 - 2) глюкокортикоидные гормоны
 - 3) эпинефрин
 - 4) антагонисты H_1 -рецепторов
40. ИНОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ КАТЕХОЛАМИНОВ ОБУСЛОВЛЕН ВОЗБУЖДЕНИЕМ
- 1) бета 1-адренорецепторов
 - 2) бета 2-адренорецепторов

- 3) альфа 1-адренорецепторов
 - 4) альфа 2-адренорецепторов
41. СРЕДНИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ТЕМП ВВЕДЕНИЯ ГЕПАРИНА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 100 ЕД/ч
 - 2) 100 ЕД/кг/сут
 - 3) 500 ЕД/кг/ч
 - 4) 5 ЕД/кг/мин
42. САМЫМ УНИВЕРСАЛЬНЫМ АНТИАРИТМИКОМ СЕГОДНЯ СЧИТАЕТСЯ
- 1) новокаинамид
 - 2) лидокаин
 - 3) амиодарон
 - 4) пропафенон
43. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ГИПОТЕНЗИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ
- 1) снижение преднагрузки
 - 2) нарушение ритма
 - 3) повышение ОПСС
 - 4) снижение ОПСС
44. ПОКАЗАНИЕ К СРОЧНОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ
- 1) тахикардия, сопровождающаяся отеком легких
 - 2) синусовая тахикардия
 - 3) узловая брадикардия
 - 4) фибрилляция предсердий
45. ТАХИКАРДИЮ С ШИРОКИМ КОМПЛЕКСОМ QRS, СОПРОВОЖДАЮЩУЮСЯ ОСТАНОВКОЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ, СЛЕДУЕТ ЛЕЧИТЬ
- 1) фсинхронным электрическим разрядом с энергией 200 Дж
 - 2) синхронизированным электрическим разрядом энергией 100 Дж
 - 3) инфузией лидокаина в дозе 30–50 мг/кг/мин
 - 4) инфузией 150 мг амиодарона в течение 10 мин
46. НАЗОВИТЕ ОСНОВНОЙ ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЮ СИНДРОМА МАЛОГО СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА
- 1) распространенный инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка сердца, площадь которого превышает 40–50% от всей его массы
 - 2) наличие старых рубцов после перенесенного в прошлом инфаркта миокарда
 - 3) пожилой и старческий возраст больного
 - 4) наличие сопутствующего сахарного диабета
47. НАЛИЧИЕ ТАМПОНАДЫ ПЕРИКАРДА ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ

_____ШОКА

- 1) кардиогенного
- 2) гиповолемического
- 3) обструктивного
- 4) вазопегенного

48. ПОКАЗАНИЕ К ПЕРЕЛИВАНИЮ ДОНОРСКИХ ЭРИТРОЦИТОВ

- 1) снижение факторов свертывания крови
- 2) снижение гематокрита
- 3) состояние гиповолемии
- 4) снижение кислородной емкости крови

49. ДЛЯ УСПЕШНОЙ КОРРЕКЦИИ КОАГУЛОПАТИИ НЕОБХОДИМО

- 1) перелить нативную плазму
- 2) устранить источник кровотечения
- 3) согреть больного и устранить анемию
- 4) перелить концентрат тромбоцитов

50. ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) кеторолак
- 2) морфин
- 3) пропופол
- 4) парацетамол

51. ПРИ РАЗВИТИИ ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ШОКА ПЕРВОЧЕРЕДЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гемоплазмотрансфузия
- 2) введение вазопрессоров
- 3) восполнение ОЦК
- 4) введение глюкокортикоидов

52. К АНТАГОНИСТАМ ФИБРИНОЛИЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) стрептокиназа
- 2) активатор тканевого плазминогена
- 3) гепарин
- 4) эписилон-аминокапроновая кислота

53. ПОКАЗАНИЯМ К ЭКСТРЕННОЙ ГЕМОТРАНСФУЗИИ СЛУЖИТ
ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ _____% ОЦК

- 1) 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20

54. ПРИ ГИПОВОЛЕМИИ ЗНАЧЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ
СМ H₂O
- 1) менее 6
 - 2) от 6 до 12
 - 3) 12 до 18
 - 4) 18 до 22
55. ОСТРОЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ
АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ХАРАКТЕРНО
- 1) летальным исходом
 - 2) рецидивирующим течением
 - 3) хорошим эффектом от адекватной терапии
 - 4) резистентностью к терапии
56. АБОРТИВНОЕ ТЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА
- 1) резистентно к терапии
 - 2) быстро купируется
 - 3) сопровождается быстрым падением АД
 - 4) часто рецидивирует
57. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ
ШОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) гидрокортизон
 - 2) адреналин
 - 3) хлорпирамин
 - 4) тавегил
58. УРОВЕНЬ АД ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ НИЖЕ 90 ММ РТ. СТ. ИЛИ
НИЖЕ НА _____ % ОТ ИСХОДНОГО
- 1) 30
 - 2) 20
 - 3) 10
 - 4) 5
59. У ДЕТЕЙ ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ГИПОТОНИИ МОЖЕТ БЫТЬ
НАРАСТАЮЩАЯ
- 1) брадикардия
 - 2) одышка
 - 3) гипертензия
 - 4) тахикардия
60. ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА БЫСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕЙ СЧИТАЕТСЯ
ОТНОСИТЕЛЬНО БЫСТРАЯ ПОТЕРЯ _____ % ОЦК
- 1) 60
 - 2) 50

- 3) 35
- 4) 10

61. МОЛНИЕНОСНАЯ ФОРМА АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА РАЗВИВАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
- 1) 20 минут
 - 2) 1 часа
 - 3) 10 минут
 - 4) 24 часов
62. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ВЗРОСЛЫМ ВНУТРИМЫШЕЧНО АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ
- 1) 1 г
 - 2) 500 мкг
 - 3) 300 мкг
 - 4) 150 мкг
63. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЕТЯМ ДО ШЕСТИ ЛЕТ ВНУТРИМЫШЕЧНО АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ
- 1) 1 г
 - 2) 500 мкг
 - 3) 300 мкг
 - 4) 150 мкг
64. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЕТЯМ 6-12 ЛЕТ ВНУТРИМЫШЕЧНО АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ
- 1) 1 г
 - 2) 500 мкг
 - 3) 300 мкг
 - 4) 150 мкг
65. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДЕТЯМ СТАРШЕ 12 ЛЕТ АДРЕНАЛИН ВВОДИТСЯ ВНУТРИМЫШЕЧНО В ДОЗЕ _____ МКГ 1) 500
- 2) 300
 - 3) 200
 - 4) 150
66. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ВНУТРИМЫШЕЧНУЮ ИНЪЕКЦИЮ АДРЕНАЛИНА НЕОБХОДИМО ПОВТОРИТЬ ЧЕРЕЗ _____ МИНУТ 1) 2
- 2) 5
 - 3) 7
 - 4) 10
67. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ИНФУЗИЯ КРИСТАЛЛОИДОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ

СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ НА КГ

- 1) 10
- 2) 15
- 3) 20
- 4) 50

68. ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ИНФУЗИЯ КРИСТАЛЛОИДОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ

- 1) 500-1000
- 2) 1500-2000
- 3) 3000-4000
- 4) более 4000

69. ДЛЯ ОСТРОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА С ВОЗМОЖНЫМ ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ ХАРАКТЕРНО

- 1) рецидивирующее течение
- 2) острое начало
- 3) минимальные нарушения гемодинамики
- 4) оглушение

70. ДОШОКОВЫЙ ПЕРИОД ПРИ НЕМЕДЛЕННОЙ ФОРМЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

- 1) 30-40 минут
- 2) 60-90 минут 3)
- 90-120 минут
- 4) 72 часа

71. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА НАПОМИНАЕТ

- 1) болезнь Альцгеймера
- 2) болезнь Паркинсона
- 3) аденому гипофиза
- 4) эпилепсию

72. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ С ЦЕЛЬЮ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) промедол
- 2) морфин
- 3) анальгин
- 4) кеторол

73. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ НИТРАТЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ УРОВНЕ САД НЕ НИЖЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 120
- 2) 100

- 3) 90
- 4) 75

74. ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ГЕПАРИН ВВОДЯТ ВНУТРИВЕННОСТРУЙНО
ЕД

- 1) 20000
- 2) 10000
- 3) 5000
- 4) 1000

75. ПРИ АСТМОИДНОМ ВАРИАНТЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА
ДОМИНИРУЕТ

- 1) удушье
- 2) кашель
- 3) тошнота
- 4) слабость

76. НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА

- 1) острое доброкачественное
- 2) абортное
- 3) рецидивирующее
- 4) затяжной характер течения

77. ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ НАПРАВЛЕНА
НА ДОСТИЖЕНИЕ УРОВНЯ

- 1) гемоглобин 120 г/л
- 2) гемоглобин 100 г/л
- 3) гемоглобин 90 г/л
- 4) гемоглобин 70г/л

78. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ
ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) норадреналин
- 2) допамин
- 3) добутамин
- 4) мезатон

79. У ПАЦИЕНТА НА ВНУТРИВЕННОЕ ВВЕДЕНИЕ ВИТАМИНА С РЕЗКО
НАСТУПИЛА ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ, СУДОРОГИ, СНИЖЕНИЕ АД.
ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) введение адреналина
- 2) введение преднизолона
- 3) введение супрастина
- 4) введение норадреналина

80. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКЕ В ХОДЕ АНЕСТЕЗИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) лидокаин
- 2) амиодарон
- 3) бисопролол
- 4) верапамил

81. ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) применение инотропов
- 2) применение альфа-адреномиметиков
- 3) применение мочегонных средств
- 4) нормализация преднагрузки

82. ПАЦИЕНТУ С ВАЗОГЕННЫМ ШОКОМ НЕОБХОДИМО ПРИДАТЬ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1) тренделенбурга
- 2) антитренделенбурга
- 3) пронационное
- 4) возвышенный головной конец

83. КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) повышенной проницаемости капилляров малого круга
- 2) высокого давления в легочных капиллярах
- 3) высокого давления в легочной артерии
- 4) низкого онкотического давления плазмы крови

84. ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТАХИАРИТМИЧЕСКОГО ВАРИАНТА КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фибрилляция желудочков
- 2) фибрилляция предсердий
- 3) АВ блокада
- 4) Флеботромбоз

Эталоны ответов

1	4	11	3	21	2	31	3	41	1
2	2	12	3	22	1	32	1	42	3
3	1	13	1	23	2	33	4	43	4
4	2	14	2	24	2	34	2	44	1
5	3	15	3	25	1	35	1	45	2
6	4	16	1	26	2	36	2	46	1
7	2	17	3	27	3	37	4	47	3
8	1	18	1	28	4	38	1	48	4
9	1	19	2	29	1	39	3	49	1

10	3	20	4	30	2	40	2	50	2
----	----------	----	----------	----	----------	----	----------	----	----------

51	3	61	3	71	4	81	4
52	4	62	2	72	2	82	1
53	4	63	4	73	3	83	2
54	1	64	3	74	3	84	1
55	3	65	1	75	1		
56	2	66	2	76	2		
57	2	67	3	77	4		
58	1	68	1	78	3		
59	4	69	2	79	1		
60	1	70	1	80	2		

РАЗДЕЛ 4. ОСТРАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Выберете один правильный вариант ответа

1. ШКАЛА «AVPU» ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ
 - 1) нарушения перфузии ГМ
 - 2) нарушения сознания в экстренной ситуации
 - 3) нарушения доставки кислорода к ГМ
 - 4) качественного нарушения сознания
2. КОМА - ЭТО
 - 1) кратковременная ишемия головного мозга
 - 2) нарушение мозгового кровообращения
 - 3) тяжелая степень обморока
 - 4) состояние глубокого повреждения ЦНС, сопровождающееся угнетением сознания, реакций на внешние раздражители и нарушением регуляции жизненно важных функций организма
3. ОГЛУШЕНИЕ - ЭТО
 - 1) глубокое угнетение сознания с сохранением координированных защитных реакций и открывания глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители
 - 2) угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной психической активности
 - 3) полное выключение сознания
 - 4) частичное выключение сознания
4. СОПОР - ЭТО
 - 1) глубокое угнетение сознания с сохранением координированных защитных реакций и открывания глаз в ответ на болевые, звуковые и другие раздражители
 - 2) угнетение сознания с сохранением ограниченного словесного контакта на фоне повышения порога восприятия внешних раздражителей и снижения собственной психической активности
 - 3) полное выключение сознания
 - 4) частичное выключение сознания
5. ПЕРВИЧНО-ЦЕРЕБРОГЕННАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИИ
 - 1) первичного поражения головного мозга
 - 2) при нарушении метаболизма
 - 3) при остром отравлении
 - 4) при гипоксии
6. НАРУШЕНИЮ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ _____ - СОПОР, ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО
СООТВЕТСТВУЕТ _____ БАЛЛОВ
 - 1) 15

- 2) 13–14
 - 3) 9–12
 - 4) 4–8
7. ВТОРИЧНО-ЦЕРЕБРОГЕННАЯ КОМА РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИИ
- 1) нарушения метаболизма
 - 2) первичного поражения головного мозга
 - 3) при острой сердечной недостаточности
 - 4) при гипоксии
8. НАРУШЕНИЮ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ - КОМА, ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО СООТВЕТСТВУЕТ _____ БАЛЛОВ
- 1) 15
 - 2) 13–14
 - 3) 9–12
 - 4) 4–8
9. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) ламотриджин
 - 2) диазепам
 - 3) этосуксимид
 - 4) карбамазепин
10. ПРИ ОБМОРОЧНЫХ СОСТОЯНИЯХ ПРИМЕНЯЮТ
- 1) пероксид водорода
 - 2) раствор аммиака
 - 3) настойку полыни
 - 4) борную кислоту
11. В ПАТОГЕНЕЗЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ
- 1) аммиак
 - 2) прямой билирубин
 - 3) непрямой билирубин
 - 4) желчные кислоты
12. СОСТОЯНИЕ, СВЯЗАННОЕ С ОСТРЫМ ОБЫЧНО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ПОДЪЕМОМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (АД) И СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ ОБЩЕМОЗГОВЫХ (РЕЖЕ ОЧАГОВЫХ) НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ, ВТОРИЧНЫХ ПО ОТНОШЕНИЮ К ГИПЕРТЕНЗИИ ЭТО
- 1) ишемический инсульт
 - 2) геморрагический инсульт
 - 3) транзиторная ишемическая атака
 - 4) гипертонический церебральный криз

13. СОСТОЯНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ОСТРОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ, ПРИВОДЯЩЕЙ К ИНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЭТО
- 1) гипертонический церебральный криз
 - 2) геморрагический инсульт
 - 3) ишемический инсульт
 - 4) транзиторная ишемическая атака
14. СОСТОЯНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ РАЗРЫВОМ ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНОГО СОСУДА И ПРОНИКНОВЕНИЕМ КРОВИ В ПАРЕНХИМУ МОЗГА ИЛИ РАЗРЫВОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ АНЕВРИЗМЫ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ ЭТО
- 1) гипертонический церебральный криз
 - 2) геморрагический инсульт
 - 3) ишемический инсульт
 - 4) транзиторная ишемическая атака
15. СОСТОЯНИЕ, КОТОРОЕ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МОЗГА И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВНЕЗАПНЫМИ ПРЕХОДЯЩИМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ С ОЧАГОВОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ЭТО
- 1) геморрагический инсульт
 - 2) ишемический инсульт
 - 3) гипертонический церебральный криз
 - 4) транзиторная ишемическая атака
16. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ КАРОДИТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ
- 1) гемипарез на стороне противоположной очагу поражения
 - 2) атаксия
 - 3) диплопия
 - 4) головокружение
17. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ
- 1) гемипарез на стороне противоположной очагу поражения
 - 2) нарушение чувствительности
 - 3) головокружение
 - 4) афазия
18. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ ИНСУЛЬТАХ
- 1) 15 – 20% от исходного уровня АД
 - 2) 5- 10% от исходного уровня
 - 3) 30 – 40% от исходного уровня

- 4) АД при инсультах снижать не рекомендовано

19. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНАЯ ГРУППА ГИПОТЕЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИНСУЛЬТАХ

- 1) антагонисты ионов кальция
- 2) ингибиторы АПФ
- 3) производные имидазолина
- 4) ганглиоблокаторы

20. ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ ЦИФРАХ АД _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 200/110
- 2) 180/90
- 3) 170/100
- 4) 160/100

21. ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ РЕКОМЕНДОВАНА ПРИ ЦИФРАХ АД _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 170/100
- 2) 160/100
- 3) 150/90
- 4) 140/80

22. ОСНОВНОЙ ИНФУЗИОННЫЙ РАСТВОР ПРИ ИНСУЛЬТАХ

- 1) NaCl 0,45%
- 2) NaCl 0,9%
- 3) раствор глюкозы
- 4) растворы ГЭКа

23. ПРИ РАЗВИТИИ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) фуросемид 40 мг каждые 2 часа
- 2) тиопентал натрия 10 мг/кг каждые 3 часа
- 3) преднизолон 90 мг 1 раз в сутки
- 4) маннитол 0,5 – 1 г/кг каждые 6 часов

24. ПАЦИЕНТЫ С ОНМК ДОЛЖНЫ ТРАНСПОРТИРОВАТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) лежа, с приподнятым ножным концом
- 2) сидя
- 3) лежа, с приподнятым головным концом на 30 градусов
- 4) лежа с приподнятым головным концом на 60 градусов

25. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНМК ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) натрия оксибутират 70 мг/кг

- 2) тиопентал натрия 500 мг
- 3) диазепам 10 мг
- 4) депакин 6 – 7 мг/кг

26. ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) нарушение метаболизма
- 2) воздействие токсических веществ
- 3) системная артериальная гипотензия
- 4) нарушение мозгового кровообращения на фоне патологии церебральных сосудов

27. ПРИЧИНА ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) метаболические нарушения
- 2) ЧМТ
- 3) нарушение мозгового кровообращения на фоне патологии церебральных сосудов
- 4) эпилептический статус

28. ОТСУТСТВИЕ КАКИХ - ЛИБО РЕАКЦИЙ НА ВНЕШНИЕ БОЛЕВЫЕ РАЗДРАЖИТЕЛИ, ВКЛЮЧАЯ ОЧЕНЬ СИЛНЫЕ. ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ СПОНТАННЫХ ДВИЖЕНИЙ. ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНОГО ТОНУСА ОТ ДЕЦЕРЕБАЦИОННОЙ РЕГИДНОСТИ ДО МЫШЕЧНОЙ ГИПОТОНИИ. СОХРАННОСТЬ СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ И СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ ИХ НАРУШЕНИЯХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) комы 1 степени
- 2) комы 2 степени
- 3) комы 3 степени
- 4) сопора

29. ДВУХСТОРОННИЙ ЗАПРЕДЕЛЬНЫЙ МИДРИАЗ, ГЛАЗНЫЕ ЯБЛОКИ НЕПОДВИЖНЫ. ТОТАЛЬНАЯ АРЕФЛЕКСИЯ, ДИФФУЗНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТОНИЯ. ГРУБЕЙШИЕ НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ. ЭТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) комы 1 степени
- 2) комы 2 степени
- 3) комы 3 степени
- 4) оглушения

30. К ПЕРВИЧНО - ЦЕРЕБРОГЕННЫМ КОМАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) кома при ЧМТ
- 2) наркотическая кома
- 3) алкогольная кома
- 4) кетоацидотическая кома

31. К ВТОРИЧНО - ЦЕРЕБРОГЕННЫМ КОМАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) кома при ЧМТ
- 2) кома при ишемическом инсульте
- 3) кома при геморрагическом инсульте

4) наркотическая кома

32. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО В КОМЕ ОТНОСЯТ

- 1) ЭКГ
- 2) КТ
- 3) рентгенография органов грудной клетки
- 4) УЗИ внутренних органов

33. ПЕРВЫЙ ЭТАП НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ

- 1) инсулинотерапия
- 2) коррекция нарушений гемодинамики
- 3) снижение внутричерепного давления
- 4) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей

34. СТАНДАРТНЫЙ КОМПЛЕКС НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЮБОЙ КОМЫ

- 1) маннитол 20% + 40 мг фуросимида + 0,01 мг/кг налоксона
- 2) 0,01 мг/кг налоксона + 40 - 80 мл 40% глюкозы + 4 - 8 мг дексаметазона
- 3) 0,01 мг/кг налоксона + 40 - 80 мл 40% глюкозы + 100 мг тиамина
- 4) манния сульфат 25% - 10 мл + эуфиллин 2,4% 5 - 10 мл

35. ПРИЗНАННЫЙ ПРЕПАРАТ В МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- 1) мексидол
- 2) ноотропил
- 3) цитофлавин
- 4) цераксон

36. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ ПАЦИЕНТ БЕЗ СОЗНАНИЯ, ВЫРАЖЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ ЛИЦА, СТОЙКИЙ ЗАПАХ АЛКОГОЛЯ. ВАША ТАКТИКА ДЕЙСТВИЯ

- 1) введение тиамина 100 мг
- 2) введение налоксона 0,4 мг
- 3) инфузионная дезинтоксикационная терапия
- 4) диазепам 20 мг

37. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ ПАЦИЕНТ В КОМЕ. ИЗВЕСТНО, ЧТО ЕСТЬ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В АНАМНЕЗЕ, НО НЕТ ПРОЯВЛЕНИЙ ГИПО - И ГИПЕРГЛИКЕМИИ. ВАША ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ

- 1) ввести налоксон 2 мг в/в струйно
- 2) ввести актропид 12 ЕД
- 3) ввести тиамин 100 мг
- 4) ввести 40 - 60 мл 40% глюкозы в/в струйно

38. ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) гипогликемической комы
- 2) кетоацидотической комы
- 3) уремической комы
- 4) коме при ЧМТ

39. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ МУЖЧИНА 20 ЛЕТ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ ТОЧЕЧНЫЕ ЗРАЧКИ, ЧД 6 В МИНУТУ, АД 80 И 60 ММ.РТ.СТ., ПУЛЬС 56 В МИНУТУ, СЛЕДЫ ИНЪЕКЦИЙ В ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ. ВАША ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ

- 1) введение атропина 1 мг
- 2) введение глюкозы 5% - 40 мл
- 3) введение флумазенила 0,2 мг
- 4) введение налоксона 2 мг

40. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ ПАЦИЕНТ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ: КОЖНЫЙ ПОКРОВ И СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛТУШНЫЕ, ВИДНЫ СЛЕДЫ РАСЧЕСОВ, ПАЛЬМАРНАЯ ЭРИТЕМА И МАЛИНОВЫЙ ЯЗЫК. ВЫРАЖЕННЫЙ СЛАДКОВАТЫЙ ЗАПАХ ОТ БОЛЬНОГО. ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) уремическая кома
- 2) печеночная кома
- 3) наркотическая кома
- 4) алкогольная кома

41. В ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ПОСТУПИЛ ПАЦИЕНТ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ. ПРИ ОСМОТРЕ НА СЕБЯ ОБРАТИЛО ВНИМАНИЕ СУХОСТЬ РОГОВИЦЫ, ГЛУБОКОЕ, РЕДКОЕ, ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ И СТОЙКИЙ ЗАПАХ АЦЕТОНА. ДЛЯ КАКОГО КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННОЕ

- 1) гипогликемическая кома
- 2) печеночная кома
- 3) кетоацидотическая кома
- 4) уремическая кома

42. ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) величины диастолического и внутричерепного давлений
- 2) тонуса сосудов и сократительной способности миокарда
- 3) величины систолического и внутричерепного давлений
- 4) тонуса сосудов и систолического артериального давления

43. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ ДОЛЖНО ПРОИЗВОДИТЬСЯ В ОТДЕЛЕНИИ

- 1) травматологии
- 2) терапии
- 3) кардиологии
- 4) реанимации

44. КОМА, ВОЗНИКШАЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА СЧИТАЕТСЯ
- 1) первичной
 - 2) вторичной
 - 3) третичной
 - 4) идеопатической
45. КОМА, ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮЩАЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПОВЕШЕНИЯ, УДУШЕНИЯ, ОТРАВЛЕНИЯ УГАРНЫМ ГАЗОМ, ПРОДУКТАМИ ГОРЕНИЯ НА ПОЖАРЕ - ЭТО
- 1) токсическая кома
 - 2) гипоксическая кома
 - 3) алкогольная кома
 - 4) кетоацидотическая кома
46. КОМА, ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮЩАЯСЯ СЛЕДСТВИЕМ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ - ЭТО
- 1) токсическая кома
 - 2) гипоксическая кома
 - 3) алкогольная кома
 - 4) кетоацидотическая кома
47. ГЛУБИНА КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ
- 1) SOFA
 - 2) АПГАР
 - 3) ГЛАЗГО-ПИТСБУРГА
 - 4) АРАСНЕ II
48. ПРЕДПОЧИТЕЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИ КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ
- 1) эндотрахеальный
 - 2) пероральный
 - 3) парентеральный
 - 4) ректальный
49. ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ГИПОКСИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) экстракорпоральная мембранная оксигенация
 - 2) плазмаферез
 - 3) гемодиализ
 - 4) гипербарическая оксигенация
50. ИНФУЗИОННЫЙ РАСТВОР, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЧМТ
- 1) NaCl

- 2) раствор глюкозы
- 3) раствор группы ГЭК
- 4) раствор группы декстранов

51. В НОРМЕ ВЧД СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 0 – 10
- 2) 10-15
- 3) 15 – 20
- 4) 20 – 25

52. ПРИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ЧМТ УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ _____ БАЛЛОВ ПО ШКГ

- 1) 13 – 15
- 2) 9 – 12
- 3) 8 – 6
- 4) менее 6

53. ПРИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ЧМТ УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ _____ БАЛЛОВ ПО ШКГ

- 1) 13 – 15
- 2) 9 – 12
- 3) 8 – 6
- 4) менее 6

54. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ЧМТ УРОВЕНЬ СОЗНАНИЯ _____ БАЛЛОВ ПО ШКГ

- 1) 13 – 15
- 2) 9 – 12
- 3) 8 – 9
- 4) менее 8

55. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ЧМТ

- 1) оценка по ШКГ 12 – 15 баллов
- 2) ВЧД 5 мм рт. ст.
- 3) оценка по ШКГ менее 8 баллов
- 4) перелом 3х ребер справа

56. ГИПНОТИК, НЕ ПОВЫШАЮЩИЙ ВЧД

- 1) пропофол
- 2) кетамин
- 3) закись азота
- 4) фторотан

57. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С ЧМТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ

- 1) рентгенологическое исследование органов грудной клетки
- 2) рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника
- 3) УЗИ внутренних органов
- 4) УЗИ сосудов шеи

58. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК, ПРЕДПОЛАГАЮЩИЙ ПОВЫШЕНИЕ ВЧД

- 1) тошнота, рвота
- 2) снижение АД
- 3) тахикардия
- 4) сознание 14 – 15 б. по ШКГ

59. РЕФЛЕКС КУШИНГА ПРИ ЧМТ

- 1) гипертензия и тахикардия
- 2) гипотензия и брадикардия
- 3) гипотензия и тахикардия
- 4) гипертензия и брадикардия

60. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нитроглицерин
- 2) верошпирон
- 3) маннитол
- 4) гипотонический раствор натрия хлорида

61. В СЛУЧАЯХ УСТОЙЧИВОГО К ТЕРАПИИ ПОВЫШЕНИЯ ВЧД ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНФУЗИЯ

- 1) тиопентала натрия
- 2) кетамина
- 3) оксибутират натрия
- 4) фентанила

62. ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) системная артериальная гипотензия
- 2) воздействие токсических веществ
- 3) воздействие токсических веществ
- 4) нарушение мозгового кровообращения на фоне патологии церебральных сосудов

63. ПРИЧИНА ВТОРИЧНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) метаболические нарушения
- 2) нарушение мозгового кровообращения на фоне патологии церебральных сосудов
- 3) эпилептический статус
- 4) ЧМТ

Эталонные ответы

1	2	11	1	21	1	31	4	41	3
---	---	----	---	----	---	----	---	----	---

2	4	12	4	22	2	32	2	42	3
3	2	13	3	23	4	33	4	43	4
4	1	14	2	24	3	34	3	44	1
5	1	15	4	25	3	35	3	45	2
6	3	16	1	26	4	36	1	46	1
7	2	17	3	27	1	37	4	47	3
8	4	18	1	28	2	38	2	48	3
9	2	19	2	29	3	39	4	49	4
10	2	20	1	30	1	40	2	50	2

51	2	61	1
52	4	62	4
53	2	63	3
54	1		
55	1		
56	3		
57	2		
58	4		
59	2		
60	2		

**РАЗДЕЛ 5. ЭНДО И ЭКЗОГЕННЫЕ ИНТОКСИКАЦИИ, НАРУШЕНИЯ
ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА И КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО
СОСТОЯНИЯ**

Выберете один правильный вариант ответа

1. ПОКАЗАТЕЛЬ рН КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ РАВНЫЙ 7,25
СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О
 - 1) компенсированном алкалозе
 - 2) декомпенсированном алкалозе
 - 3) компенсированном ацидозе
 - 4) декомпенсированном ацидозе
2. КОНЦЕНТРАЦИЯ ИОНОВ КАЛИЯ ВНУТРИ КЛЕТКИ
 - 1) выше чем снаружи
 - 2) ниже чем снаружи
 - 3) зависит от количества натрия
 - 4) одинакова по обе стороны мембраны
3. КОНЦЕНТРАЦИЯ ИОНОВ НАТРИЯ ВНУТРИ КЛЕТКИ
 - 1) выше чем снаружи
 - 2) зависит от количества калия
 - 3) одинакова по обе стороны мембраны
 - 4) ниже чем снаружи
4. ПРОЦЕНТНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕЙ ВОДЫ ОРГАНИЗМА У ВЗРОСЛОГО
МУЖЧИНЫ С НОРМАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ СОСТАВЛЯЕТ ____%
 - 1) 80
 - 2) 60
 - 3) 50
 - 4) 40
5. НОРМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ КРОВИ У МУЖЧИН СОСТАВЛЯЕТ _____% ОТ М
 - 1) 9.5
 - 2) 7.0
 - 3) 8.5
 - 4) 4.5
6. ОСМОЛЯРНОСТЬ ПЛАЗМЫ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
МОСМОЛЬ/Л1) 320
 - 2) 290
 - 3) 230
 - 4) 205
7. ГИПОГЛИКЕМИЯ - ЭТО СНИЖЕНИЕ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ МЕНЕЕ _____
М
М
ОЛ

Б/

Л1)

12

2) 4, 5

3) 3

4) 2

8. В 1 МЛ 7.5% РАСТВОРА ХЛОРИДА КАЛИЯ СОДЕРЖИТСЯ
ММОЛЬКАЛИЯ

1) 1

2) 0.5

3) 2

4) 7.5

9. УВЕЛИЧЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖЕТ
ЯВИТЬСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1) острого гломерулонефрита

2) сердечной недостаточности

3) снижения онкотического давления плазмы крови

4) повышение онкотического давления крови

10. РАЗВИТИЕ НАДПЕЧЕНОЧНОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

1) обтурации желчными камнями или опухолью желчевыводящих путей

2) нарушения захвата непрямого билирубина гепатоцитами

3) воспалительного процесса в печени

4) повышенного образования билирубина из гемолизированных эритроцитов

11. ДЛЯ АНУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ДО

МЛ/С

УТ 1)

50

2) 250

3) 500

4) 1000

12. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ НОРМА ОЦК У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО
ВОЗРАСТА

1) 60 мл/кг, 50 мл/кг

2) 70 мл/кг, 65 мл/кг

3) 80 мл/кг, 75 мл/кг

4) 90 мл/кг, 85 мл/кг

13. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЛКАЛОЗ - ЭТО

1) патологическое состояние, характеризующееся высоким уровнем карбоната в
плазме

2) патологическое состояние, характеризующееся высоким уровнем

кислотности циркулирующей крови

- 3) патологическое состояние, характеризующееся высоким уровнем кислотности и карбоната циркулирующей крови
- 4) патологическое состояние, характеризующееся низким уровнем углекислого газа в крови

14.ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ДЕГИДРАТАЦИЯ - ЭТО

- 1) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды и электролитов
- 2) состояние, при котором осмотическое давление крови снижено, а клетки перенасыщены водой
- 3) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды, а осмолярность понижена
- 4) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды, а осмолярность повышена

15.ИЗОТОНИЧЕСКАЯ ДЕГИДРАТАЦИЯ - ЭТО

- 1) состояние, при котором осмотическое давление крови снижено, а клетки перенасыщены водой
- 2) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды и электролитов
- 3) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды, а осмолярность понижена
- 4) состояние, при котором в организме уменьшено общее количество воды, а осмолярность повышена

16.РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КРИСТАЛЛОИДОВ В ЖИДКОСТНЫХКОМПАРТМЕНТАХ ОРГАНИЗМА ЗАВИСИТ ОТ

- 1) тоничности раствора
- 2) электролитного состава раствора
- 3) наличия в растворе молекул белка
- 4) уровня белка плазмы крови

17.ЛАКТАТ-СОДЕРЖАЩИЕ РАСТВОРЫ

- 1) нарушают коагуляционный гемостаз
- 2) имеют специфические негативные эффекты
- 3) оптимальны для сбалансированной инфузионной терапии
- 4) вызывают лактат-ацидоз

18.ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИОИДНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ СЛЕДУЕТПРИМЕНИТЬ

- 1) флумазенил
- 2) налоксон
- 3) неостигмина метилсульфат
- 4) ипратропия бромид

19.ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ПРЕПАРАТАМИ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) кальция гопантенат

- 2) золпидем
- 3) налоксон
- 4) флумазенил

20. КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЬ - ПЕРЕНОСЧИК КИСЛОРОДА

- 1) полиглюкин
- 2) стабизол
- 3) перфторан
- 4) альбумин

21. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ НА КГ МАССЫ ТЕЛА

- 1) 10-15
- 2) 20-30
- 3) 30-40
- 4) 40-50

22. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АБСОЛЮТНОЙ ГИПОВОЛЕМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) плазмозаменители
- 2) вазопрессоры
- 3) свежзамороженную плазму
- 4) эритромассу

23. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) реоглюман
- 2) свежзамороженную плазму
- 3) эритроцитарную массу
- 4) криопреципитат

24. ЕЖЕДНЕВНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ВОДЕ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____ Л

- 1) 0.8
- 2) 1.5
- 3) 2.5
- 4) 3.5

25. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) препараты желатина
- 2) электролитные изотонические растворы
- 3) препараты плазмы
- 4) препараты ГЭК

26. В КОМПЛЕКСЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ АЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ ДИАБЕТЕ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- 1) изотонический электролитный раствор
 - 2) гипотонический электролитный раствор
 - 3) растворы 5% глюкозы
 - 4) гипертонический электролитный раствор
27. В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕММОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- 1) 40% р-р глюкозы
 - 2) бикарбонат Na
 - 3) метиловый спирт
 - 4) этиловый спирт
28. АНТИДОТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭТАНОЛА ПО ОТНОШЕНИЮ К МЕТАНОЛУ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
- 1) конкурентном взаимодействии с алкогольдегидрогеназой
 - 2) взаимном ингибировании эффектов
 - 3) конкурентном взаимодействии с мембраной гепатоцитов
 - 4) конкурентном взаимодействии с гидроксиэтилтрансферазой
29. РЕЗКИЙ МИОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ
- 1) барбитуратами
 - 2) угарным газом
 - 3) опиатами
 - 4) бензодиазепинами
30. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ _____ ГИПОКСИЯ
- 1) гемическая
 - 2) циркуляторная
 - 3) гистотоксическая
 - 4) паренхиматозная
31. ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ НЕ ОБЛАДАЕТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ
- 1) полиглюкина
 - 2) гемодеза
 - 3) реополиглюкина
 - 4) желатиноля
32. ПРИЧИНОЙ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОПН МОЖЕТ БЫТЬ
- 1) холецистит
 - 2) острая сердечная недостаточность
 - 3) отравление бледной поганкой
 - 4) отравление уксусной эссенцией
33. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ _____¹³⁷ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ

- 1) метанолом
- 2) уксусной эссенцией
- 3) щелочью
- 4) этанолом

34. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) амилнитрит
- 2) ГБО
- 3) протамина сульфат
- 4) этанол

35. СПЕЦИФИЧЕСКИМ АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МУХОМОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) прозерин
- 2) сульфокамфокаин
- 3) кофеин
- 4) атропин

36. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИЕЙ ЖЕЛУДОК СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ

- 1) щелочью
- 2) водой
- 3) раствором марганца
- 4) вазелиновым маслом

37. ДЛЯ ПРОТЕКАНИЯ ВСЕХ ФАЗ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ НЕОБХОДИМО УЧАСТИЕ ИОНОВ

- 1) натрия
- 2) калия
- 3) кальция
- 4) фтора

38. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ, СВЯЗАННОМ С ПЕРЕДОЗИРОВКОЙ ГЕПАРИНА СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ

- 1) протамина сульфат
- 2) концентрат тромбоцитов
- 3) нативную плазму
- 4) викасол

39. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНУТРИКЛЕТОЧНОЙ И ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ГИПОВОЛЕМИИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) препараты желатина
- 2) препараты плазмы
- 3) препараты ГЭК
- 4) электролитные изотонические растворы

40.АНТИДОТНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭТАНОЛА ПО ОТНОШЕНИЮ К МЕТАНОЛУ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

- 1) взаимном ингибировании эффектов
- 2) конкурентном взаимодействии с мембраной гепатоцитов
- 3) конкурентном взаимодействии с алкогольдегидрогеназой
- 4) конкурентном взаимодействии с гидроксиэтилтрансферазой

41.РЕЗКИЙ МИОЗ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ

- 1) барбитуратами
- 2) угарным газом
- 3) опиатами
- 4) бензодиазепинами

42.ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УГАРНЫМ ГАЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ _____ ГИПОКСИЯ

- 1) гемическая
- 2) циркуляторная
- 3) гистотоксическая
- 4) паренхиматозная

43.КОМПЕНСАТОРНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ДЕГИДРАТАЦИИ

- 1) централизация кровообращения
- 2) повышение продукции альдостерона и вазопрессина
- 3) увеличение суточного диуреза
- 4) понижение выделения ренина

44.К ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА ОБЩЕЙ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение гематокрита
- 2) уменьшение ОЦК
- 3) понижение АД
- 4) отеки

45.ВИДЫ ОТЕКОВ, В ПАТОГЕНЕЗЕ КОТОРЫХ ВЕДУЩАЯ РОЛЬ

- 1) отек Квинке
- 2) отеки при сердечной недостаточности
- 3) отеки при голодании
- 4) отеки при печеночной недостаточности

46.ПРИЧИНА ГАЗОВОГО АЦИДОЗА

- 1) альвеолярная гиповентиляция
- 2) избыточное введение минеральных кислот
- 3) избыточное образование кислых продуктов обмена
- 4) потеря большого количества кишечного сока

47.ПРИЧИНА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА

- 1) избыточное введение щелочей

- 2) альвеолярная гиповентиляция
- 3) неукротимая рвота
- 4) избыточное образование кислых продуктов обмена

48. ПРИЧИНА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА

- 1) альвеолярная гиповентиляция
- 2) значительная потеря желудочного сока
- 3) альвеолярная гипервентиляция
- 4) недостаточное выведение кислых метаболитов почками

49. ОСНОВНАЯ БУФЕРНАЯ СИСТЕМА ОРГАНИЗМА

- 1) бикарбонатная
- 2) ацетатная
- 3) фосфатная
- 4) тетраборатная

50. ГАЗОВЫЙ (ДЫХАТЕЛЬНЫЙ) АЦИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ НАКОПЛЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ

- 1) нелетучих кислот
- 2) оснований
- 3) потери организмом оснований
- 4) углекислого газа

51. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ГАЗОВОГО АЦИДОЗА СЛУЖАТ

- 1) патология почек
- 2) высокая концентрация угарного газа во вдыхаемой смеси
- 3) сахарный диабет
- 4) недостаточность внешнего дыхания

52. ГИПЕРКАПНИЯ ПРИ ГАЗОВОМ АЦИДОЗЕ ПРИВОДИТ К

- 1) снижению артериального давления
- 2) расширению артериол
- 3) повышению артериального давления
- 4) бронхоспазму

53. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ АЦИДОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ

- 1) накопления оснований в организме
- 2) недостаточного выведения углекислого газа
- 3) увеличенного выведения углекислого газа
- 4) накопления кислых продуктов в организме

54. ПРИЧИНАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) шок любой этиологии
- 2) тяжелый приступ бронхиальной астмы
- 3) неукротимая рвота
- 4) гипервентиляция

55. ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- 1) гипокалиемия
- 2) гиперкалиемия
- 3) гипохлоремия
- 4) гиперхлоремия

56. ГАЗОВЫЙ АЛКАЛОЗ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) неукротимой рвоте
- 2) обструкции дыхательных путей
- 3) поражениях мозга, сопровождающихся угнетением дыхательного центра
- 4) поражениях мозга, сопровождающихся возбуждением дыхательного центра

57. ПРИ ГАЗОВОМ АЛКАЛОЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) гиперкапния
- 2) гипокапния
- 3) нормокапния
- 4) изокапния

58. В АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ P_aCO_2 – ЭТО МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) дыхательному алкалозу
- 2) дыхательному ацидозу
- 3) метаболическому ацидозу
- 4) метаболическому алкалозу

59. В АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ ПОНИЖЕН УРОВЕНЬ P_aCO_2 – ЭТО МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) дыхательному ацидозу
- 2) метаболическому ацидозу
- 3) дыхательному алкалозу
- 4) метаболическому алкалозу

60. В АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ ПОНИЖЕН УРОВЕНЬ HCO_3^- (СТАНДАРТНЫЙ БИКАРБОНАТ) – ЭТО МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) метаболическому ацидозу
- 2) дыхательному алкалозу
- 3) дыхательному ацидозу
- 4) метаболическому алкалозу

61. В АНАЛИЗЕ ГАЗОВ КРОВИ ПОВЫШЕН УРОВЕНЬ HCO_3^- (СТАНДАРТНЫЙ БИКАРБОНАТ) – ЭТО МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ

- 1) метаболическому алкалозу
- 2) метаболическому ацидозу
- 3) дыхательному алкалозу
- 4) дыхательному ацидозу

62.ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ PH КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) ацидэмия
- 2) кислотно-щелочное состояние организма
- 3) ахлоргидрия
- 4) алкалэмия

63.ПОНИЖЕНИЕ УРОВНЯ PH КРОВИ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) ацидэмия
- 2) алкалэмия
- 3) кислотно-щелочное состояние организма
- 4) ахлоргидрия

64.ХАРАКТЕРНЫЙ ТИП ДЫХАНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ АЦИДОЗЕ

- 1) дыхание Биота
- 2) дыхание Чейн – Стокса
- 3) дыхание Куссмауля
- 4) гаспинг дыхание

65.У ПАЦИЕНТА В АНАМНЕЗЕ МНОГОКРАТНЫЕ ЭПИЗОДЫ РВОТЫ И ПОНОСА, РЕДКОЕ, ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ, pH КРОВИ 7,42 – ЭТО МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О

- 1) метаболическом ацидозе
- 2) компенсированном метаболическом алкалозе
- 3) смешанном ацидозе
- 4) тяжелом респираторном алкалозе

66.ДИАГНОЗ ГАЗОВОГО АЦИДОЗА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ УВЕЛИЧЕНИЯ

- 1) pH
- 2) BE
- 3) PaO₂
- 4) PaCO₂

67.ДИАГНОЗ ГАЗОВОГО АЛКАЛОЗА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ УМЕНЬШЕНИЯ

- 1) pH
- 2) BE
- 3) PaO₂
- 4) PaCO₂

68.ДИАГНОЗ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- 1) BE
- 2) PaCO₂
- 3) pH
- 4) PaO₂

69. ДИАГНОЗ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ВЫСТАВЛЯЕТСЯ НАС
1) BE
2) $PaCO_2$
3) pH
4) PaO_2
70. ПО ЗНАЧЕНИЮ pH ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
1) наличие ацидоза
2) наличие алкалоза
3) степень компенсации нарушения КЩС
4) характер нарушений (метаболические или газовые)
71. ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ОДЫШКЕ У ПАЦИЕНТА РАЗОВЬЕТСЯ
1) гипотоническая дегидратация
2) гипертоническая дегидратация
3) гипертоническая гипергидратация
4) гипотоническая гипергидратация
72. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ ПРИК
1) pH крови <7.0
2) pH крови <7.3
3) pH крови >7.6
4) pH крови >7.8
73. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ – ЭТО
1) внутривенное введение плазмы
2) внутривенное введение любых синтетических растворов
3) переливание компонентов крови
4) введение только коллоидных растворов
74. НОРМАЛЬНОЕ ОНКОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ПЛАЗМЫ РАВНО _____ ММРГ
1) 45
2) 40
3) 38
4) 25
75. НОРМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ УТИЛИЗАЦИИ ГЛЮКОЗЫ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/КГ/ЧАС
1) 0,1 – 0,2
2) 0,5 – 1
3) 5 – 10
4) 20 – 40

76. _____ МОЖЕТ СПРОВОЦИРОВАТЬ

РАЗВИТИЕ
ГИПЕРХЛОРЕМИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА

- 1) изотонический раствор глюкозы
- 2) раствор Рингера
- 3) растворы на основе желатина
- 4) изотонический раствор натрия хлорида

77. СРЕДНЯЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ГИДРОКСИЭТИЛИРОВАННЫХ КРАХМАЛОВ

- 1) 20 мл/кг массы тела
- 2) 50 мл/кг массы тела
- 3) 100 мл/кг массы тела
- 4) 125 мл/кг массы тела

78. ПРИ ПОВЫШЕННОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДОВ, ВСЛЕДСТВИЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО, ВЫРАЖЕННЫЕ ОТЕКИ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- 1) альбумин
- 2) раствор глюкозы 5%
- 3) физиологический раствор хлорида натрия
- 4) раствор Рингера

79. ИЗООСМОЛЯРНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1) дисоль
- 2) раствор Рингера
- 3) ацесоль
- 4) манитол 10%

80. ГИПООСМОЛЯРНЫМ ЭФФЕКТОМ ОБЛАДАЕТ

- 1) раствор натрия хлорида 10%
- 2) раствор Рингера-ацетата
- 3) манитол 10%
- 4) раствор глюкозы 5%

81. ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ЦВД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ _____ СМ ВОД. СТ.

- 1) 1-5
- 2) 5-7
- 3) 15-20
- 4) 20-30

82. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЦЕЛЕВОЕ СРЕДНЕЕ АД ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ _____ ММ РТ. СТ.

- 1) 70
- 2) 100
- 3) 120
- 4) 130

83. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ ЧСС ДОЛЖНО БЫТЬ

- 1) 45 – 50 в мин.
- 2) 60 – 90 в мин.
- 3) 100 – 110 в мин.
- 4) 105 – 115 в мин.

84. К КОЛЛОИДАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) раствор Рингера
- 2) гидроксиэтилкрахмалл
- 3) гипертонический раствор натрия хлорида
- 4) изотонический раствор глюкоз 5%

85. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ ГЭК

- 1) гиповолемия
- 2) гипогидратация
- 3) легкие геморрагические диатезы
- 4) гиперволемия

86. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ К ПРИМЕНЕНИЮ ПОЛИЭЛЕКТРОЛИТНЫХ РАСТВОРОВ

- 1) гиперкалиемия
- 2) гипокалиемия
- 3) гипомагниемия
- 4) паралитическая непроходимость

87. ПРИ ЛИХОРАДКЕ НА КАЖДЫЙ ГРАДУС ВЫШЕ 37 СЛЕДУЕТ УВЕЛИЧИТЬ ОБЪЕМ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА _____ %

- 1) 10
- 2) 20
- 3) 25
- 4) 30

88. ЗДОРОВЫЙ ЧЕЛОВЕК С НОРМАЛЬНОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

- 1) 500-1000 мл мочи
- 2) 1000-1500 мл мочи
- 3) 1500-2000 мл мочи
- 4) 2000-2500 мл мочи

89. ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ Na^+ СОСТАВЛЯЕТ

_____ ммоль/кг/с

УТКИ 1) 0,5-1

- 2) 1-1,5
- 3) 3-5
- 4) 5-10

90. ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В K^+ СОСТАВЛЯЕТ

_____ММОЛЬ/КГ/С

УТКИ 1) 0,2-0,5

2) 0,7-1,0

3) 1,0-1,5

4) 1,5-2,0

91. ПРИ ТАХИПНОЭ (НА КАЖДЫЕ 10 ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ СВЫШЕ

20 В МИНУТУ) ПОТЕРИ ВОДЫ УВЕЛИЧИВАЮТСЯ НА

_____МЛ/КГ/

СУТ

1) 10

2) 20

3) 30

4) 40

92. ОСМОЛЯРНОСТЬ – ЭТО

1) концентрация осмотически активных частиц в 100 мл воды

2) концентрация осмотически активных частиц в 1000 граммах воды

3) концентрация осмотически активных частиц в 1 литре воды

4) концентрация осмотически активных частиц в 100 граммах воды

93. ФАКТИЧЕСКАЯ ОСМОЛЯРНОСТЬ 0,9% NaCl СОСТАВЛЯЕТ _____

М

О

С

М

/

Л

1

)

2

8

0

2) 287

3) 310

4) 300

94. КОЛЛОИДНО - ОСМОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ПЛАЗМЫ В НОРМЕ

СОСТАВЛЯЕТ _____ММ РТ. СТ.

1) 20

2) 25

3) 30

4) 35

95. КОЛЛОИДНО - ОСМОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ – ЭТО:

1) Осмотическое давление, создаваемое низкомолекулярными коллоидными

веществами

- 2) Осмотическое давление, создаваемое высокомолекулярными кристаллоидными веществами
- 3) Осмотическое давление, создаваемое низкомолекулярными кристаллоидными веществами
- 4) Осмотическое давление, создаваемое высокомолекулярными коллоидными веществами

96. ОБЪЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СЕКТОРА СОСТАВЛЯЕТ _____% МАССЫ ТКАНИ

- 1) 15
- 2) 20
- 3) 25
- 4) 30

97. ОСМОЛЯРНСТЬ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО КОНЦЕНТРАЦИИ:

- 1) калия в плазме
- 2) хлора в плазме
- 3) натрия в плазме
- 4) кальция в плазме

98. РАСТВОР, В КОТОРОМ НЕТ ЭЛЕКТРОЛИТОВ

- 1) Раствор NaCl 0,9%
- 2) Раствор NaCl 7,5%
- 3) Раствор Рингера
- 4) Глюкоза 5%

99. ОСМОТИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА NaCl 7,5% ПРЕВЫШАЕТ НОРМАЛЬНОЕ В _____ РАЗ

- 1) 8
- 2) 7
- 3) 6
- 4) 5

100. МОЛЕКУЛЫ _____ СПОСОБНЫ ОБРАЗОВЫВАТЬ НА ПОВЕРХНОСТИ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ МОЛЕКУЛЯРНЫЙ СЛОЙ, ЧТО МОЖЕТ ПРЕПЯТСТВОВАТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЮ ГРУППЫ КРОВИ

- 1) Альбумина
- 2) Декстранов
- 3) Полиэлектролитных растворов
- 4) Раствора NaCl 7,5%

101. ЕСТЕСТВЕННЫМ КОЛЛОИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) Альбумин
- 2) Декстран
- 3) Гидроксиэтилированный крахмал
- 4) Гипертонический раствор NaCl 7,5%

102. РАЗОВАЯ ДОЗА РАСТВОРА АЛЬБУМИНА 20% НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ:

1) 5

0

м

л

2)

1

0

0

м

л

3)

1

5

0

м

л

4)

2

0

0

м

л

103. СОДЕРЖАНИЕ АЛЬБУМИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ, ПРИ КОТОРОМ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРОВ АЛЬБУМИНА – МЕНЕЕ Г/Л

1) 2,5

2) 2,0

3) 1,5

4) 1,0

104. ОСНОВНЫМ АНИОНОМ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО ВОДНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

1) карбонат

2) сульфат

3) фосфат

4) нитрат

105. ОБЪЕМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО СЕКТОРА СОСТАВЛЯЕТ _____%МАССЫ

1) 5

2) 10

3) 15

4) 20

106. ЛЕТАЛЬНАЯ ДОЗА СОДЕРЖАНИЯ МЕТИЛОВОГО СПИРТА В КРОВИ _____г/л) 1

2) 2

3) 3

4) 6

107. СМЕРТЕЛЬНАЯ ДОЗА ЭТИЛЕНГЛИКОЛЯ

- 1) 50 мл с предварительным приемом этанола
- 2) 100 мл
- 3) 200 мл
- 4) 300 мл

108. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ ПАЦИЕНТУ В СОЗНАНИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) перорально 10% 50 мл на первый прием, затем каждые 4 часа по 20 мл
- 2) перорально 70% 20 мл 2 раза через 4 часа
- 3) перорально 50% 100 мл 3 раза через 2 часа
- 4) перорально 30% 100 мл на первый прием, затем каждые 2 часа по 50 мл 4 –5 раз

109. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ ПАЦИЕНТУ ВКОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ ЭТАНОЛ ВВОДИТСЯ

- 1) 5% внутривенно капельно
- 2) 40% внутривенно струйно
- 3) 70% внутривенно капельно
- 4) 30% внутривенно струйно

110. СЛЕДСТВИЕМ РЕЗОРБЦИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) образование метгемоглобина
- 2) гемолиз эритроцитов
- 3) образование карбоксигемоглобина
- 4) эритроцитоз

111. НАРУШЕНИЯ КОС ПРИ ОТРАВЛЕНИИ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

- 1) метаболический алкалоз
- 2) респираторный ацидоз
- 3) метаболический ацидоз
- 4) респираторный алкалоз

112. К ГРУППЕ НЕРВНЫХ ЯДОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) ФОС
- 2) альдегиды
- 3) гликозиды
- 4) фенол

113. К ГРУППЕ ПЕЧЕНОЧНЫХ ЯДОВ ОТНОСИТСЯ

- 1) хинин
- 2) наркотические анальгетики
- 3) калий
- 4) альдегиды

114. ОДНОРАЗОВЫЙ ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ДЛЯП

- 1) 300 – 350
- 2) 450 – 500
- 3) 500 – 800
- 4) 1000 – 1500

115. ДИАЛЕЗНЫЙ МЕТОД ДЕТОКСИКАЦИИ

- 1) плазмаферез
- 2) гемосорбция
- 3) энтеросорбция
- 4) перитонеальный диализ

116. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОСОРБЦИИ

- 1) острое отравление угарным газом
- 2) стойкая гипотония при отравлении опиатами
- 3) острые отравления снотворными медикаментами, хлор- и фосфорорганическими соединениями, алкалоидами, салицилатами, тяжелыми металлами
- 4) тяжелые нарушения функции печени и почек

Эталоны ответов

1	4	11	1	21	3	31	2	41	3
2	1	12	2	22	1	32	2	42	1
3	4	13	1	23	3	33	1	43	2
4	2	14	4	24	3	34	4	44	4
5	2	15	2	25	3	35	4	45	3
6	2	16	1	26	1	36	2	46	1
7	3	17	3	27	4	37	3	47	4
8	1	18	2	28	1	38	1	48	2
9	3	19	4	29	3	39	4	49	1
10	4	20	3	30	1	40	3	50	4

51	4	61	1	71	2	81	2	91	1
52	3	62	4	72	1	82	1	92	3
53	4	63	1	73	2	83	2	93	2
54	1	64	3	74	4	84	2	94	2
55	2	65	2	75	2	85	4	95	4
56	4	66	4	76	4	86	1	96	1
57	2	67	4	77	1	87	1	97	3
58	2	68	1	78	1	88	2	98	4
59	3	69	1	79	2	89	2	99	1
60	1	70	3	80	4	90	2	100	2

101	1	111	3
-----	---	-----	---

102	2	112	1
103	1	113	4
104	3	114	3
105	1	115	4
106	2	116	3
107	2		
108	4		
109	1		
110	2		

Ситуационные задачи по дисциплине «Анестезиология-реаниматология»

Задача 1

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

- Каковы основные причины развития гипоксемии у данной больной?
- Ваши действия в данной ситуации?

Задача 2

2. Мужчина в возрасте 72 лет, в анамнезе у которого есть указание на гипертоническую болезнь и подагру, 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 рН крови составил 738, РаО₂ - 81 мм рт.ст., а РаСО₂ - 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?

Задача 3

3. 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 - перераздутие левого лёгкого со смещением средостения вправо.

- Какова оптимальная анестезия для такого ребёнка?
- Каковы основные проблемы при анестезии и извлечении инородного тела через бронхоскоп?

Задача 4

4. Мужчина в возрасте 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 гепатюгулярный 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 двухпросветной интубационной трубки?

Задача 5

5. 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?

Задача 6

6. Мужчине в возрасте 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.

- Какие факторы predisposing к развитию почечной недостаточности после операции по поводу аневризмы брюшного отдела аорты?

-Как вести больного, прооперированного по поводу аневризмы брюшного отдела аорты, в послеоперационном периоде?

Задача 7

7. Девочка в возрасте 10 лет с массой тела 21 кг, страдавшая рецидивирующим двусторонним серозным отитом, направлена на операцию миригнотомии и 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?

Задача 8

8. Мужчина в возрасте 63 лет был направлен 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?

Задача 9

9. Женщина в возрасте 19 лет из негроидной популяции была направлена на операцию резекции правого тазобедренного сустава по поводу остеогенной саркомы. В анамнезе имеются указания на серповидно-клеточную анемию, протекавшую с периодическими кризами. Перед операцией уровень гемоглобина у неё составлял 90 г/л, а гематокрита - 27%.

- Каковы методы подготовки к наркозу и операции больного с серповидно-клеточной анемией?
- В чём состоит анестезиологическое обеспечение больных с серповидно-клеточной анемией.

Задача 10

10. Мужчина в возрасте 79 лет был направлен на операцию трансуретральной резекции предстательной железы по поводу её гипертрофии. За 6 лет до операции он перенёс инфаркт миокарда, после выздоровления не ощущал боли 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?

Задача 11

11. Мужчина в возрасте 73 лет был направлен на операцию 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?

Задача 12

12. Женщина в возрасте 55 лет была направлена на операцию по поводу множественных аневризм мозга. Она страдала гипертонической болезнью, по поводу которой 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?

Задача 13

13. 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?

Задача 14

14. Женщина в возрасте 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 Сентгакена - Блейкмора и вазопрессином оказалось неэффективным. Число тромбоцитов - $90 \times 10^9/\text{л}$, протромбиновое время - 13,8 с (N - 11,7 с), частичное тромбопластиновое время - 42,8 с (N - 29,8 с) и уровень фибриногена - 1750 мг/л.

- Каков план подготовки этой больной к операции и анестезии?

- Какой вид анестезии наиболее показан данной больной?

Задача 15

15. Мужчина в возрасте 74 лет, рост которого 160 см, масса тела 60 кг, направлен на операцию 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?

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ.

Эталон ответа к задаче 1:

1. – Причиной развившегося состояния у данной больной является имеющаяся у неё в исходе респираторная гипоксемия. Хроническая гипоксемия у больных с ожирением часто развивается в результате рестриктивных болезней лёгких. Заметно снижается прежде всего резервный объём выдоха. Соответственно уменьшается и функциональная остаточная ёмкость лёгких. Когда последний показатель становится меньше остаточного объёма, возникает опасность спадения ацинусов и долек, что предрасполагает к развитию ателектазов, пневмонии и к шунтированию. В данной ситуации состояние больной усугубляется ещё и высоким стоянием диафрагмы вследствие кишечной непроходимости.

Снижение лёгочных объёмов и шунтирование служат показанием для проведения предупредительных противогипоксических мероприятий (преоксигенация). Кроме того,

больных с патологическим ожирением интубировать следует в сознании (например, по бронхоскопу).

Эталон ответа к задаче 2:

2. – У больного развилась картина бронхоспазма в ответ на нахождение в трахее интубационной трубки на выходе из анестезии.

седатировать больного, ввести препараты аминофиллина; далее – β_2 -миметики, при необходимости – адреналин, кортикостероиды.

Эталон ответа к задаче 3:

3. – Если внимательная забота и ласка родителей не успокаивают ребёнка, для обеспечения седативного эффекта вводят в прямую кишку бревитал в дозе 25-30 мг/кг. Больным, которым уже наладили капельницу, внутривенно вводят быстродействующие барбитураты в дозе 1-2 мг/кг. Строгое наблюдение за дыханием и состоянием дыхательных путей обязательно в течении всего периода премедикации, где бы она ни проводилась. Современная вводная анестезия позволяет использовать внутривенное введение кетамина или барбитуратов либо ингаляционный наркоз. Дыхание остаётся спонтанным либо ребёнка переводят на искусственную вентиляцию с положительным давлением. Предпочтительнее сохранять спонтанное дыхание, так как вентиляция под положительным давлением нередко приводит к тотальной обструкции дыхательных путей из-за смещения инородного тела либо вызывает дополнительные трудности при его извлечении. Искусственная вентиляция должна проводиться при низком положительном давлении. При выраженной обструктивной эмфиземе закись азота использовать нельзя, поэтому после выключения сознания анестезию проводят 4% галотаном (фторотан) и кислородом. Постоянное наблюдение позволяет контролировать глубину наркоза, при его достаточном уровне в трахею и гортань вводят 4% раствор лидокаина. Если предполагается, что желудок наполнен, одновременно с интубацией через нос вводят желудочный зонд, через который эвакуируют содержимое желудка. Если во время манипуляции на дыхательных путях у больного появляются кашлевые движения или задержка дыхания, то необходимо углубить анестезию. Вентиляция и оксигенация во время бронхоскопии осуществляется через бронхоскоп. периодически трубку бронхоскопа надо подтягивать несколько выше кия трахеи, чтобы обеспечить более эффективную вентиляцию и оксигенацию. Благоприятные условия для манипуляций на бронхах создаются при использовании релаксации и вентиляции с положительным давлением на выдохе. Кашель, который увеличивает опасность пневмоторакса, предотвращают непрерывным введением сукцинилхолина, максимально расширяющего голосовую щель и обеспечивающего наиболее благоприятные условия для извлечения инородного тела.

Частичная или полная обструкция дыхательных путей приводит к гиповентиляции, гипоксии, гиперкапнии и ацидозу. Манипуляции на дыхательных путях на фоне недостаточно глубокой анестезии могут вызвать задержку дыхания, кашель, ларинго- и бронхоспазм. Нередко уже захваченное инструментом инородное тело выскальзывает и задерживается в подсвязочном пространстве. При этом может возникнуть тотальная обструкция дыхательных путей. При тотальной или частичной обструкции дыхательных путей поступление газообразных анестетиков прекращается или снижается. В связи с этим необходимо переходить на внутривенную анестезию. Ребёнок с полным желудком, подвергшийся интубации трахеи, может быть экстубирован после оказания ему неотложной помощи.

Эталон ответа к задаче 4:

4. – В данном случае можно думать о поверхностной установке трубки и расположении её эндобронхиальной манжетки над килем трахеи. Более глубокое введение трубки обычно разрешает эту проблему.

Абсолютными показаниями к разделению дыхательных каналов обоих лёгких следует считать: влажное лёгкое, лёгочное кровотечение, нагноительные заболевания лёгкого, негерметичное лёгкое.

Эталон ответа к задаче 5:

5. – У данного больного возникла остановка сердца.

Здесь показан комплекс мероприятий, называемый сердечно-лёгочной реанимацией. Сюда входят: закрытый массаж сердца, восстановление проходности дыхательных путей или при уже проводимой ИВЛ – вентиляция 100% кислородом, ранняя дефибрилляция, применение лекарственных средств (адреналин, лидокаин, атропин и др. по показаниям) через пунктированную центральную вену или при невозможности пункции её – через интубационную трубку непосредственно в лёгкие. Открытый массаж сердца может проводиться в особых, чётко оговоренных ситуациях: при вскрытой грудной клетке при травме или во время операции, тампонаде сердца, раздавливании и флоттировании грудной клетки при травме, деформациях грудной клетки, выраженной эмфиземе, фибрилляции желудочков, не купируемой другими методами лечения, разрыве аневризмы аорты.

Эталон ответа к задаче 6:

6. – а) пережатие аорты во время операции выше места отхождения почечных артерий;
б) значительная кровопотеря во время операции;
в) гиповолемия;
г) неоднократные предоперационные ангиографии.

а) мышечная релаксация, хлорпромазин или меперидин – для купирования дрожи, вызываемой интраоперационной гипотермией;
б) адекватное обезболивание, предпочтительнее эпидуральное;
в) контролируемая вентиляция, вентиляция под положительным давлением;
г) согревание больного, сбалансированная инфузионно-трансфузионная терапия
д) коррекция КЩС, электролитного состава;
е) постоянный контроль ЭКГ.

Эталон ответа к задаче 7:

7. – а) выраженность цианоза и признаков застойной сердечной недостаточности;
б) в общем анализе крови – выраженность полицитемии – при уровне гематокрита выше 60% увеличивается опасность коагулопатий и тромбоза мозговых сосудов;
в) наличие коагулопатий и их выраженность.

Наркотические вещества, введённые внутривенно больным с внутрисердечным шунтированием крови и избыточным лёгочным кровотоком, поступают в сосуды мозга в те же сроки, что и у больных без этой патологии. Однако пик концентрации препаратов и соответственно фармакологический эффект у первых наступает позднее. В противовес этому при шунтировании справа налево препараты быстрее поступают в мозг и накапливаются в нём. Следовательно, фармакологический и токсический эффекты внутривенно введённых препаратов наступают в зависимости от направления шунтирования и состояния лёгочного кровотока. Процесс перехода ингаляционных анестетиков из альвеол в кровь замедлен у больных с врождёнными пороками сердца и

шунтированием справа налево. Время введения в наркоз при ингаляционной анестезии у больных с шунтированием слева направо при усиленном лёгочном кровотоке обычно те же, что и у других больных.

Эталон ответа к задаче 8:

8. – а) переливание эритроцитарной массы, плазмы
б) метод аутологичного донорства – предварительный или интраоперационный
в) внутривенное введение коллоидных растворов, альбумина (по показаниям), кристаллоидов
г) введение перфторанов.

а) гипотермия
б) клинически выраженная коагулопатия
в) токсичность цитрата
г) изменения рН
д) снижение кислородотранспортной функции крови
е) лёгочная недостаточность.

Эталон ответа к задаче 9:

9. – а) скрининг-тестирование всех лиц, относящихся к группе риска по серповидно-клеточной анемии;
б) электрофорез гемоглобина для точной диагностики гемоглобинопатии;
в) трансфузия перед операцией нормальных эритроцитов;
г) при признаках гиперсплении – определить свёртываемость крови
д) контроль газового состава крови.

а) предупреждение гипоксии;
б) контроль микроциркуляции
в) коррекция анемии
г) адекватная инфузионно-трансфузионная терапия
д) контроль КЩС
е) предупреждение гипотермии
ж) предупреждение гипотензии – избегать проводниковой анестезии и введения сосудосуживающих средств!

Эталон ответа к задаче 10:

10. – спинальная анестезия;
1) несогласие больного;
2) внутричерепная гипертензия;
3) инфицирование тканей в месте пункции;
4) аллергия к местным анестетикам;
5) гиповолемия;
6) коагулопатии;
7) приём антикоагулянтов.

Эталон ответа к задаче 11:

11. - Выбор одного из вариантов подхода к плечевому сплетению зависит от опасности возможных при этом подходе осложнений, места операции и возможностей анестезиолога. надключичный подход обеспечивает наиболее адекватную анестезию руки, однако в 2% случаев этот подход осложняется пневмотораксом, что ограничивает распространение этого метода. Интерскальный подход обеспечивает обезболивание проксимального отдела руки, но анестезия её дистальных отделов часто остаётся

недостаточной. Аксиллярный подход позволяет надёжно обезболить дистальные отделы, но анестезия проксимальных участков при этом часто остаётся неполной.

- 1) инфекция в месте инъекции;
- 2) опухоли в подмышечной области и в лимфатических узлах;
- 3) истощенные лёгочные резервы (для надключичного и межлестничного подхода);
- 4) предрасполагающие болезни периферической нервной системы.

Эталон ответа к задаче 12:

12. - 1) налаживание инвазивного мониторинга АД и ЦВД;
- 2) Введение катетера в субарахноидальное пространство для контроля состояния тургора мозга;
- 3) Вводный наркоз проводится быстро большими дозами тиобарбитуратов в сочетании с лидокаином и фентанилом для уменьшения глоточного рефлекса;
- 4) Релаксация обеспечивается недеполяризующими релаксантами;
- 5) Основной наркоз проводят наркотиками в сочетании с галогенсодержащими и газообразными анестетиками;
- 6) Применение индуцированной гипотензии для предупреждения разрыва аневризмы во время операции.

- 1) резко снизить перфузию мозга;
- 2) переливание компонентов крови;
- 3) ингаляция 100% кислорода и глубокая мышечная релаксация;
- 4) сдавление сонной артерии на соответствующей стороне;
- 5) применение фторотана и изофлюрана, а также барбитуратов и нимодипина для защиты головного мозга;
- 6) ликвидация отёка мозга.

Эталон ответа к задаче 13:

13. - 1) премедикация должна обеспечивать седативный, анамнестический и противорвотный эффект (бензодиазепины, холинолитики);
- 2) анестезия должна быть глубокой, предупреждающей гипертензивные реакции, исключая возможность кашля, рвоты, окулокардиального рефлекса и поддерживать состояние нормокапнии;
- 3) можно применять ретробульбарную блокаду, блокаду лицевого нерва, крылонёбную блокаду;
- 4) исключение из плана анестезии кетамина.

- 1) профилактика регургитации и аспирации желудочного содержимого;
- 2) быстрый вводный наркоз с использованием барбитуратов, бензодиазепинов, наркотиков;
- 3) устранение кашля, любого напряжения и рвоты;

Эталон ответа к задаче 14:

14. - 1) оценка белково-синтетической функции печени и контроль коагулограммы;
- 2) назначение витамина К, свжезамороженной плазмы;
- 3) адекватная инфузионная терапия, коррекция метаболических нарушений и КЩС;
- 4) коррекция олигурии;
- 5) налаживание инвазивного мониторинга;
- 6) при компенсированном состоянии больному можно осуществлять премедикацию диазепамом, при недостаточной его компенсации от премедикации следует воздержаться.

- В данном случае показана тотальная общая внутривенная анестезия, или ингаляционная анестезия на основе изофлюрана.

Эталон ответа к задаче 15:

15. - Брадикардия и остановка сердца у больного развились, вероятно, в результате абсорбции омывающей жидкости и гипонатриемии. Уровень натрия в крови, как было установлено при последующем исследовании, составлял 100 ммоль/л.

- Спинальная или эпидуральная анестезия на уровне VIII-XI грудных позвонков служит методом выбора для большинства больных, которым требуется операция трансуретральной резекции предстательной железы.

Водно-электролитный баланс

Задача 1.

Больной К., 40 лет, после проведения оперативного вмешательства по поводу пилоропластики язвенного генеза, жалуется на сильную жажду. Объективно: сухость кожных покровов, глазные яблоки нормального тургора, показатели гемодинамики на удовлетворительных параметрах, умеренная гемоконцентрация. Необходимо: назвать тип дисгидрии, дополнительные обследования, методы ИТ.

Задача 2.

Больной С., 30 лет, в клинику поступил в сопоре. Из анамнеза: установлено, что больной принимает наркотики. При объективном обследовании обращает внимание выраженный плотный отек левой верхней конечности. Отмечается анурия. Лабораторно калий плазмы 7,6 ммоль/л. Необходимо назвать причину нарушения электролитного баланса, провести диагностику и назначить ИТ.

Задача 3.

Больному М., 40 лет, проведена резекция желудка по поводу язвенной болезни. В послеоперационном периоде развился выраженный парез кишечника, метеоризм, атония мочевого пузыря. Необходимо определить причины нарушений, методы диагностики и ИТ.

Задача 4.

Больному С., 60 лет, (рост 188 см, вес 70 кг) проведена лапаротомия по поводу разлитого гнойного перитонита. Из особенностей обращает внимание повышение температуры до 40°C. Необходимо рассчитать объем инфузионно-трансфузионной терапии, количество и качество полного парентерального питания.

Задача 5.

Больному С., с хронической почечной недостаточностью с признаками нарушения выделительной функции почек в послеоперационном периоде проводилась инфузия 5% раствора глюкозы. На вторые сутки после проводимой терапии у больного появилось отвращение к пище, рвота, умеренно выраженная депрессия, увеличение ЦВД, снижение гематокрита. Необходимо указать причину нарушения, методы диагностики и ИТ.

Задача 6.

Больная П., 50 лет, находилась в отделение общей хирургии с язвенной болезнью желудка. В отделение реанимации переведена для подготовки к операции. При поступлении: адинамична, масса 50 кг при росте 165 см, парез ЖКТ, АД 90/60 мм рт.ст., по данным КЩС - метаболический алкалоз, гипокалиемия 2,5 ммоль/л. Требуется рассчитать объем и качество корригирующих растворов.

Задача 7.

Больной Р., 75 лет, в отделение реанимации поступил после проведенного оперативного вмешательства по поводу мочекаменной болезни. В анамнезе больной страдает ИБС, постинфарктным кардиосклерозом. Во время операции больному проводилась инфузионная терапия в объеме 2,5 л, в том числе 400 мл полиглюкина. При поступлении в отделение реанимации - отек легких. Определить факторы развития отека легких, методы диагностики и терапии.

Задача 8.

Больной Г., поступил в отделение реанимации из металлургического цеха. Известно, что в течение смены неоднократно принимал жидкость в связи с чувством жажды. Внезапно потерял сознание, при приезде Скорой помощи - генерализованные тонические судороги. При лабораторном исследовании - гематокрит 60 %, резко отрицательное ЦВД, артериальная гипотония. Объяснить причину ухудшения состояния, привести логику патофизиологии данного критического состояния и предложить интенсивную терапию.

Задача 9.

Больной Р., поступил в отделение реанимации из дома. Известно, что в течение многих лет страдает сахарным диабетом с развитием диабетической органопатии. Последнее ухудшение за неделю до поступления, отмечает снижение темпа диуреза, отеки конечностей. За 30 мин до поступления - судороги, потеря сознания, артериальная гипертензия. При поступлении по лабораторным данным - гематокрит 20 %, высокие цифры ЦВД, по данным ЭКГ - фибрилляция предсердий, тахиформа. Определить осложнение сахарного диабета, назвать вероятные синдромы критических состояний, предложить необходимое дообследование и интенсивную терапию.

Задача 10.

Больная С., 49 лет, поступила в отделение реанимации из областного гепатологического центра для предоперационной подготовки. Известно, что год назад оперирована по поводу панкреонекроза, был сформирован неполный наружный панкреатический свищ. За последние 10 дней отделяемое из свища резко увеличилось. Объективно: резко истощена, артериальная гипотония, гемодилюция, высокие азотистые шлаки. Оценить патофизиологические нарушения, назначить лабораторные исследования и верифицировать синдромы критических состояний.

Кислотно-щелочное состояние

Задача 1

. Больная К., 60 лет, в отделение реанимации поступила с клиникой желудочно-кишечного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и цирроза печени. При лабораторном обследовании по данным КЩС определяется декомпенсированный метаболический ацидоз. Необходимо: назвать причины ацидоза, провести ИТ.

Задача 2.

Больной С., 65 лет, в отделение реанимации поступил с развитием клиники дыхательной недостаточности вследствие хронической обструктивной болезни легких. По данным КЩС: pH 7,45; BE 3,0; pCO₂ 60 мм рт.ст. Необходимо определить форму нарушения КЩС, объяснить сдвиги pH и BE, назначить ИТ.

Задача 3.

Больной П., 45 лет, переведен из отделения общей хирургии для подготовки к операции по поводу стеноза выходного отдела желудка. При поступлении кахексия, постоянная рвота. Необходимо предположить вероятную форму нарушения КЩС, объяснить причину и ИТ.

Задача 4.

Больной Г., 35 лет, в отделение реанимации по поводу множественного окончательного перелома ребер, выраженной дыхательной недостаточности. Одышка, до 40 в мин, по КЩС: pH 7,34, pCO₂ 29 мм рт.ст., BE - 8,1. необходимо определить форму нарушения КЩС, назначить ИТ.

Задача 5.

Больная П., 40 лет, в отделение реанимации переведена из отделения гинекологии, где находилась по поводу криминального аборта в сроке беременности 8 недель. При поступлении на основании данных установлен диагноз острого респираторного дистресс-синдрома, по КЩС: pCO₂ 65 мм рт.ст., снижение насыщения гемоглобина кислородом до 80 %. Определить форму нарушения КЩС, провести ИТ.

Задача 6.

Больной Б., 40 лет, длительное время страдает сахарным диабетом. В отделение реанимации доставлен в тяжелом состоянии: кома, сахар крови 1,5 ммоль/л, pH 6,0, BE - 25, креатинин 0,6 ммоль/л. Необходимо определить форму нарушения КЩС, объяснить причину нарушения КЩС, провести дополнительное обследование и ИТ.

Задача 7.

Больной Е., 30 лет, в отделение реанимации с тяжелой ЧМТ. Со слов врача у больного имеет место аспирационный синдром. Кома, тахипное до 50 в мин, по КЩС: pCO₂ до 60 мм рт.ст., pH 7,2; BE - 6,8. Необходимо определить форму нарушения КЩС, назначит ИТ.

Задача 8.

Больная С., 28 лет, в отделение реанимации поступила в коме, в анамнезе прием алкоголя, мочи нет. По КЩС: pH 6,9; BE 25, креатинин 0,7 ммоль/л. Необходимо установить причину тяжести состояния, форму нарушения КЩС, методы ИТ.

Задача 9.

Больная П., 23 лет. Поступила в отделение из операционной акушерского стационара. Оперирована по поводу полной отслойки нормально расположенной плаценты. Острая массивная кровопотеря составила более 5 литров, на операции отмечена длительная артериальная гипотония, что потребовало введения адреналина. При поступлении у больной на фоне артериальной гипотонии имеет место полиурия, декомпенсированный метаболический ацидоз. Определить патофизиологическую картину нарушений гомеостаза, необходимое обследование и методы интенсивной терапии.

Задача 10.

У больного Р.. 34 лет, находящегося в отделение реанимации с диагнозом: тяжелая ЧМТ, ушиб головного мозга тяжелой степени, на фоне проведения ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции зафиксированы судороги, артериальная гипотония, розовые кожные покровы. По данным газового состава артериальной крови - метаболический алкалоз и $p\text{CO}_2$ 20 мм рт.ст. Объяснить клиническую симптоматику, определить тактику интенсивной терапии.

Инфузионно-трансфузионная терапия. Парентеральное питание

Задача 1

. Больной С., 35 лет, операция лапаротомия, резекция желудка. Сопутствующей патологии нет. Лабораторно и клинически без особенностей. Назначить схему инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) в первые сутки послеоперационного периода

Задача 2.

Больная С., 60 лет, в отделение реанимации поступила с целью предоперационной подготовки с диагнозом: опухоль головки поджелудочной железы. Выраженная гипонатриемия 2,0 ммоль/л. Дополнительные методы исследования, назначить ИТТ, определить наиболее опасные нарушения при данном состоянии

Задача 3.

Больной К., 60 лет, в отделение реанимации поступил по поводу травматической ампутации нижней конечности и острой кровопотери. На фоне струйного введения полиглюкина у больного клиника отека легких. Необходимо объяснить этиопатогенез осложнения, этапы проведения неотложных мероприятий

Задача 4.

Больному С., 40 лет, с целью коррекции острой кровопотери начата гемотрансфузия одногруппной крови. При введении 100 мл крови у больного появилась гиперемия кожных покровов, отечность слизистых. Назвать причину осложнения, определить последовательность терапии.

Задача 5.

В отделение реанимации поступила больная Н., 34 лет, с диагнозом: сахарный диабет, прекома, рН 6,9 ВЕ 16 осмолярность 340 мосм/л. Необходимо: Дать объяснения полученным результатам, определить тактику ИТТ.

Задача 6.

Больной Г., 23 лет, поступил в отделение реанимации с диагнозом: распространенный перитонит, сепсис. Температура 39 °С, тахикардия до 120 в мин, вес 100 кг, рост 190 см. Рассчитать качественные и количественные показатели парентерального питания на первые сутки послеоперационного периода.

Задача 7.

Больной Л., 19 лет, поступила в операционную с диагнозом: острая спаечная кишечная непроходимость. Из анамнеза рвота дважды, предположительная давность заболевания 2 часа, по показателям лабораторного гомеостаза в пределах нормы. Обосновать объем и темп подготовки к операции, выбор сред и возможность лабораторного контроля.

Задача 8.

Больная Щ., 90 лет, поступила в отделение общей хирургии с диагнозом: невправимая ущемленная паховая грыжа. Давность заболевания 2 суток, неоднократная рвота. Объективно тургор кожных покровов резко снижен, язык сухой, АД 90/50 мм рт.ст., тахикардия до 120 в мин, мочи нет в течение суток. По данным ЭКГ - предсердные экстрасистолы, эпизод фибрилляции предсердий. Определить синдромы критических состояний, патофизиологию и методы интенсивной ИТТ.

Задача 9.

Больной Р., 34 с диагнозом: тяжелая сочетанная травма, травматический шок, тупая травма живота, первые сутки после лапаротомии, ушивания разрывов толстой кишки. Находится на полном парентеральном питании. На фоне введения жировой эмульсии (100 мл) у пациента внезапная тахикардия, гипертермия, подъем артериального давления, снижение насыщения гемоглобина кислородом. Определить вероятное осложнение парентерального питания, методы верификации диагноза и возможности интенсивной терапии.

Задача 10.

Больная Г., 23 лет. Находится в отделение общей хирургии первые сутки по поводу резекции кишки. По назогастральному зонду большой объем застойного отделяемого, выраженный парез кишечника, уровень калия плазмы 1,4 ммоль/л. Определить методы коррекции и вероятные причины тяжести состояния больной.

Острая дыхательная недостаточность

Задача 1.

Больной А., 54 года, поступил в отделение реанимации в крайне тяжелом состоянии. Контакт затруднен. Сопор. Пульс 120 в мин, АД 70/20 мм рт.ст. Дыхание спонтанное, частота 40 в мин. Акроцианоз. Аускультативно в легких резкое ослабление везикулярного дыхания, масса влажных разнокалиберных хрипов во всех отделах легких. Т 35,7 С. Со слов сопровождающих: заболел 5 дней назад, повышалась температура тела до 39 С, беспокоил кашель с «ржавой» мокротой. Не лечился. Определить синдромы критических состояний, варианты обследования для уточнения диагноза, консервативные методы ИТ?

Задача 2.

Больной Б., 70 лет. Находился в неврологическом отделении с диагнозом: острое нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт. В анамнезе страдает генерализованным атеросклерозом, неоднократно находился на стационарном лечении по поводу острого нарушения мозгового кровообращения. За час до поступления в отделение реанимации после приема пищи на фоне рвоты появились выраженные признаки ОДН (тахипное до 40 в мин, акроцианоз, затрудненный вдох, беспокойство больного). Предварительный диагноз, последовательность ИТ?

Задача 3.

Больной В., 40 лет, находился в отделение общей хирургии с диагнозом: язвенная болезнь желудка. Экстренная операция: лапаротомия, резекция желудка. Получил соответствующую терапию, обезболивание наркотическими анальгетиками (омнопон 2% по 2 мл 4 раза в сутки внутримышечно). Через 40 минут после введения омнопона больной потерял сознание, АД снизилось до 40 мм рт.ст. Брадикардное до 10 в мин. Акроцианоз. Наиболее вероятная причина ОДН, последовательность реанимационных мероприятий?

Задача 4.

Больной Г., 35 лет. Госпитализирован в отделение реанимации через 1 час после автодорожной травмы. При поступлении: кома, АД 130/90 мм рт.ст., пульс 110 в мин. Одышка до 40 в мин. Выраженная подкожная эмфизема правой половины грудной клетки. Рентгенологически - перелом VI-VII-VIII-IX ребер справа, напряженный пневмоторакс. Предполагаемый диагноз, план дообследования, последовательность реанимационных мероприятий?

Задача 5

Больная С., 65 лет. Страдает бронхиальной астмой в течение 12 лет. Переведена в отделение реанимации в состоянии астматического статуса. Статус II стадии, консервативная терапия проводилась в отделение пульмонологии в течение 2 суток. Определить методы: восстановления проходимости верхних дыхательных путей, оксигенации организма.

Задача 6.

Больной К., 40 лет. Находится в отделение реанимации с диагнозом: острый разлитой гнойный перитонит, осложненный респираторным дистресс-синдромом. По данным КЩС установлено: рН 7,30 ВЕ - 15 мэкв/л рСО₂ 56 мм рт.ст. SB 22,6 мэкв/л АВ 25 мэкв/л ВВ 34,2 мэкв/л. Форма нарушения КЩС, оценить механизмы нарушения КЩС и методы коррекции.

Задача 7.

Больной М., 45 лет, переведен в отделение реанимации из отделения травматологии, где находился в течение 2 суток после тяжелой скелетной травмы (перелом костей таза и конечностей). Поводом для перевода явилось резкое нарастание ОДН: тахипное до 40 в мин, температура до 39, 6 0С, аускультативно в легких жесткое дыхание по всем легочным полям, по данным рентгенографии органов грудной клетки - двухсторонняя пневмония, по КЩС - рСО₂ 60 мм рт.ст., в моче обнаружены свободные жирные кислоты. Установить и обосновать причину ОДН, решить вопросы ИТ.

Задача 8.

Больной К., 50 лет. Поступил в отделение нейрохирургии с тяжелой ЧМТ: перелом свода и основания черепа, ото- и назоликворея. Через 3 часа после поступления у больного нарастает клиника ОДН (тахипное, цианоз, артериальная гипертензия, тахикардия). Наиболее вероятные причины ОДН, принципы ИТ.

Задача 9.

Больной С., 40 лет, оперирован по поводу острого распространенного перитонита под эндотрахеальным наркозом (закись азота и миорелаксация павулоном). До операции определено: выраженный лейкоцитоз, метаболический алкалоз и гипокалиемия. Перед ушиванием брюшной полости хирургом в брюшную полость введен канамицин. После операции дыхание не восстанавливается в течение 6 часов, больной на ИВЛ. Объясните причину послеоперационного апноэ, план

Задача 10.

Бедшиш. А., 30 лет. В стоматологическом кабинете больной с целью обезболивания удаления зуба местно введен лидокаин. Через 15 мин у больного на фоне снижения АД появились признаки затруднения выдоха, одышка до 45 в мин, цианоз, тахикардия до 120 в мин. Вызван анестезиолог. Вероятная причина ОДН, объем интенсивной терапии.

Острый респираторный дистресс-синдром. Астматический статус. Синдром Мендельсона

Задача 1.

Больная С., 65 лет, страдает бронхиальной астмой (гормонозависимая) в течение 15 лет. Последний приступ удушья продолжается вторые сутки. Дважды вызывала скорую помощь. В отделение реанимации поступила в состоянии астматического состояния (II стадия). Назвать диагностические критерии II стадии статуса, определить последовательность ИТ.

Задача 2.

Больной К., 40 лет, поступил в клинику хирургических болезней с диагнозом: острая кишечная непроходимость. После осмотра диагноз подтвердился. По экстренным показаниям больной взят в операционную. Во время водного наркоза у больной состоялась регургитация с последующей аспирацией в дыхательные пути желудочного содержимого. Определить меры профилактики осложнения, методы диагностики и терапии.

Задача 3.

Больной С., 70 лет., длительное время страдает бронхиальной астмой (более 20 лет). При поступлении в отделение реанимации без сознания, акроцианоз, экспираторная одышка до 40 в мин, АД 60/20 мм рт.ст., пульс 120 в мин. В легких значительное ослабление дыхания, участки «немного легкого». Определите стадию астматического статуса, последовательность ИТ.

Задача 4.

Больной И., 57 лет, находился в травматологическом отделении по поводу перелома костей таза и бедра. В анамнезе больной дважды перенес инфаркт миокарда. До поступления в стационар беспокоит одышка. Лабораторно установлено снижение гемоглобина до 60 г/л. АД при поступлении в отделение реанимации 80/40 мм рт.ст. С целью коррекции гипотонии внутривенно перелито полиглюкина 400 мл. На фоне трансфузии появилась одышка до 40 в мин, АД сохраняется на цифрах 80/40 мм рт.ст. Аускультативно ослабленное везикулярное дыхание с массой влажных хрипов. Вероятные причины данной ОДН, план дообследования и ИТ.

Задача 5.

Больной М., 50 лет, переведен в отделение реанимации с выраженной клиникой дыхательной недостаточности. В анамнезе: 10 дней назад оперирован по поводу острой кишечной непроходимости. В послеоперационном периоде вследствие несостоятельности швов анастомоза развился послеоперационный перитонит. При поступлении в реанимацию: сопор, акроцианоз, тахипное до 45 в мин, тахикардия до 130 в мин, АД 70/40 мм рт.ст. В легких аускультативно - жесткое дыхание, единичные хрипы, сатурация гемоглобина 80 %. Рентгенологически - «снежная буря». Определить вероятную причину ОДН, патофизиологическое объяснение клинко-рентгенологической картины, назначить дообследование, провести ИТ.

Задача 6.

Больной К., 60 лет, находился в отделении торакальной хирургии с диагнозом: бронхоэктатическая болезнь. На основании клинко-рентгенологического обследования больному решено провести оперативное вмешательство. На фоне ИВЛ появилось резкое увеличение сопротивления на вдохе на фоне манипуляций на корне легкого без

проведения местной анестезии. На этом фоне у больного резко нарастала клиника гипоксемии. Необходимо: уточнить причину ОДН, определить характер ИТ.

Задача 7.

Больной М., 70 лет, находился в отделение общей хирургии после лапаротомии, резекции тонкой кишки по поводу острой тонкокишечной непроходимости. В послеоперационном периоде больному в течение 6 часов перелито более 3 литров изотонических растворов. В связи с развитием клиники ОДН переведен в отделение реанимации. Необходимо: назвать наиболее вероятные причины ОДН, определить патофизиологические механизмы, назначить план дообследования и установить последовательность ИТ.

Задача 8.

Больной Б., 40 лет, находилась в отделение травматологии с переломом бедренной и большеберцовой костей справа. Через 2 суток у больной развилась клиника ОДН: одышка до 40 в мин, жесткое дыхание, рентгенологически - усилен легочной рисунок. Лабораторно: установлено наличие свободных жирных кислот в моче и крови. По показателям КЩС: увеличение pCO_2 до 57 мм рт.ст. Дать патофизиологическое объяснение, причину ОДН, определить параметры ИТ.

Задача 9.

Больной К., 68 лет, находился в терапевтическом отделении по поводу гипертонической болезни, стадия II Б. На фоне проводимого лечения у больного произошло резкое увеличение АД до 240/120 мм рт.ст. При этом нарастала клиника ОДН: тахипноэ до 40 в мин, акроцианоз, ЧСС до 120 в мин. В легких прослушивается влажные разнокалиберные хрипы, по ЭКГ - перегрузка левых отделов сердца. Беспокоит кашель с пенистой мокротой с примесью крови. Установить причину ухудшения состояния, назначить план обследования и ИТ.

Задача 10.

Больная Т., 54 лет. Поступила в хирургическую клинику с острой кишечной непроходимостью. В анамнезе больная страдает длительно бронхиальной астмой. После проведенного обследования и премедикации по экстренным показаниям проведена операция в объеме лапаротомии, ликвидации непроходимости. На фоне введения фентанила у больной ухудшение состояния: АД повысилось до 240/110 мм рт.ст., тахикардия до 120 в мин, снижение сатурации до 83 %. По данным КЩС: pCO_2 повысилась до 60 мм рт.ст. Аускультативно - резкое ослабление дыхания по всем легочным полям. Дать клиническую оценку предоперационной подготовки, определить причину ухудшения состояния, определить характер ИТ.

Клиническая смерть. Сердечно-легочная реанимация

Задача 1.

Больной К., 40 лет, поступил в отделение общей хирургии с диагнозом: перфоративная язва желудка. Больной взят в операционную. Вводный наркоз 1 % раствор натрия тиопентала, введено 100 мг листенона. После введения листенона у больного зафиксирована остановка сердечной деятельности. Начаты реанимационные мероприятия. По ЭКГ - мелковолновая фибрилляция желудочков. Проведенные реанимационные мероприятия эффективны. Сердечная деятельность восстановлена. Назвать

предполагаемую причину остановки сердца, определить алгоритм оказания первой помощи.

Задача 2.

Больной С., 60 лет, взят в операционную в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита. Оперативное вмешательство решено провести под ЭТН (нейролептаналгезия и закисно-кислородная смесь). На фоне неоднократных попыток интубации трахеи констатирована клиническая смерть. Назвать вероятную причину остановки сердца, определить последовательность реанимационных мероприятий.

Задача 3.

Реанимационной бригадой Скорой помощи доставлен больной с диагнозом: утопление в пресной воде, острое переохлаждение. Реанимационная помощь пострадавшему успешно проведена врачом Скорой помощи. При поступлении в отделение реанимации больной без сознания, пульс до 130 в мин, температура менее 32 °С. Необходимо назначить план обследования, определить объем интенсивной терапии.

Задача 4.

Больной В., 60 лет, поступил из отделения печеночной хирургии, где находился по поводу проведенной операции - панкреатодуоденальной резекции. На 3 сутки появились резкие боли в эпигастрии, из анамнеза известно, что больной дважды перенес острый инфаркт миокарда. В отделение реанимации переведен в связи с развившемся коллапсом. В отделение после трансфузии полиглюкина появилась клиника отека легких с последующей остановкой сердца. Проведены реанимационные мероприятия, последние признаны эффективными. Назвать предполагаемую причину, определить погрешности в ведении больного.

Задача 5.

Больной С., 25 лет, поступил в отделение реанимации с диагнозом: ножевое проникающее ранение в брюшную полость, острая массивная кровопотеря. Шок III. При поступлении больной без сознания, пульсация сохранена только на сонных артериях. После проведения трансфузионной терапии, введения адреналина и атропина по ЭКГ - сохранение электрической активности миокарда, пульсация на сонных артериях отсутствует. Данное состояние расценено как электромеханическая диссоциация. Определить алгоритм первой помощи, вероятную причину развития электромеханической диссоциации.

Задача 6.

Вы приглашены на дружеский вечер. На фоне приема алкоголя и пищи у одного из гостей произошла рвота и аспирация желудочного содержимого. При Ваших попытках восстановить проходимость верхних дыхательных путей тройным приемом и начать ИВЛ имеет место препятствие в виде инородного тела на уровне гортани. Ваши действия.

Задача 7.

При поступлении в приемное отделение у больного С. с диагнозом электротравма отмечена внезапная остановка сердца и клиническая смерть. Вы вызваны на реанимационные мероприятия. Больной с ожирением 4 степени, попытки произвести катетеризацию центральной вены - неудачны. Определите дальнейшую тактику анестезиолога по проведению реанимационных мероприятий.

Задача 8.

В приемное отделение доставлен ребенок 2 лет с диагнозом: утопление в пресной воде, общее переохлаждение. Реанимационные мероприятия проводились Скорой помощью в течение 30 минут. При осмотре - зрачки умеренно расширены, проводится непрямой массаж сердца, температура меньше 32 С°. Ваша тактика по проведению реанимационных мероприятий

Задача 9.

Больной Р., 34 лет, поступил в отделение травматологии. Диагноз: колото-резаное ранение левой половины грудной клетки. При поступлении: набухшие шейные вены, пульс на магистральных артериях не определяется, высокие цифры ЦВД после катетеризации подключичной вены. Вероятная причина и методы ее устранения.

Задача 10.

Больной Р., 88 лет, подан на экстренную операцию с диагнозом: острый аппендицит. У больного имеется сложная кардиальная патология (нарушения ритма, ИБС, постинфарктный кардиосклероз). После вводного наркоза с использованием натрия тиопентала проведено несколько попыток интубации трахеи, после чего у больного зафиксирована остановка сердечной деятельности. Определите причины и тактику терапии.

Тяжелая ЧМТ. Отек головного мозга. Постреанимационная болезнь

Задача 1.

Больной А., 34 лет, поступил в отделение реанимации из санпропускника. Из анамнеза: за 30 мин до поступления был сбит легковой автомашиной. При поступлении: кома II степени, одышка, до 30 в мин, АД 150/90 мм рт.ст., брадикардия до 40 в мин, имеется анизокория. Ваши действия по оказанию первичной реанимационной помощи, дальнейшей диагностики и привлечения специалистов, тактики ведения больного с позиции реаниматолога.

Задача 2.

Больной Р., 39 лет, доставлен в санпропускник реанимационной бригадой Скорой помощи. Из анамнеза: тяжелая сочетанная травма, полученная вследствие падения с высоты 10 метров. Давность травмы 30 мин. Сознание угнетено до комы II, АД 60/0 мм рт.ст., одышка смешанного характера с частотой до 30 в минуту. Определить последовательность действий врача реанимационной бригады на догоспитальном этапе, неотложные мероприятия в санпропускнике, дальнейшую тактику ведения больного и ИТ в отделение реанимации.

Задача 3.

Больной П., 56 лет. Доставлен в отделение реанимации из санпропускника. Из анамнеза: автодорожная травма, давность 1 час. Сознание угнетено до сопора, АД 160/90 мм рт.ст., тахикардия до 110 в мин, имеются признаки кровотечения из ротовой полости, отоликворея. Определить последовательность диагностических и лечебных мероприятий в отделении.

Задача 4.

Больной О., 39 лет, доставлен в отделение из операционной в отделение реанимации. Основной диагноз: тяжелая закрытая ЧМТ: ушиб головного мозга тяжелой степени со сдавлением левой гемисферы острой субдуральной гематомой. Операция: декомпрессивная трепанация черепа с удалением гематомы. Исходный уровень сознания до операции - кома II. При поступлении в отделение реанимации - спонтанное дыхание с

частотой 12 в мин, АД 160/90 мм рт.ст., брадикардия до 60 в мин. Оценить тактику ИТ, рассмотреть дальнейший план ведения больного.

Задача 5.

Больная С., 67 лет. Доставлена в отделение реанимации из операционной. Послеоперационный диагноз: ЦВБ. Острое нарушение мозгового кровообращения. Геморрагический инсульт с формированием внутримозговой гематомы левого полушария. Операция: резекционная трепанация черепа с аспирацией гематомы и вентрикулярным дренированием. Исходно: кома II, ИВЛ через интубационную трубку, АД 180/90 мм рт.ст., давление ликвора 200 мм вод.ст. Ваша тактика ведения больной и дальнейшая ИТ, мониторинг послеоперационного периода.

Задача 6.

Больная М., 78 лет, доставлена в отделение реанимации из неврологической клиники. Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения. Ишемический инсульт в бассейне левой внутренней сонной артерии. Исходное состояние: кома II, АД 180/90 мм рт.ст., тахикардия до 120 в мин., частые желудочковые экстрасистолы, сатурация кислорода 87 %, одышка до 30 в мин. Тактика ведения и ИТ данной пациентки. Описать возможные синдромы критического состояния.

Задача 7.

Больная Н., 29 лет. Доставлена в отделение реанимации из операционной. Известно, что за 2 часа до поступления больная потеряла сознание, отметили резкую бледность кожных покровов, родственниками была вызвана бригада Скорой помощи, которая зафиксировала отсутствие пульса на периферических артериях, сохранность пульсации на сонной артерии. Проведены первичные реанимационные мероприятия (интубация трахеи, ИВЛ, катетеризация периферической вены, инфузионно-трансфузионная терапия). Доставлена в санпропускник, где после диагностических мероприятий определена внематочная беременность и проведена операция в объеме: лапаротомии, сальпингэктомии, объем кровопотери 3500 мл при массе тела 50 кг. Ваша тактика ведения больной.

Задача 8.

Больной Н., 5 лет, доставлен в отделение реанимации, минуя санпропускник. Из анамнеза: электротравма в бытовых условиях, клиническая смерть в течение 7 мин, первичные реанимационные мероприятия проведены сотрудниками Скорой помощи. При поступлении: кома III, атония, арефлексия, АД 80/40 мм рт.ст. Оценить тактику ведения больного, продолжить ИТ.

Задача 9.

Больная Р., 49 лет. Доставлена в отделение реанимации из отделения общей хирургии. Известно, что на третьи сутки после операции по поводу ventральной грыжи больная внезапно потеряла сознание, отмечался диффузный цианоз кожных покровов, зафиксирована остановка сердечной деятельности, клиническая смерть. Проведены квалифицированные реанимационные мероприятия, длительностью 15 минут. После восстановления спонтанного кровообращения у больной отмечено появление самостоятельного дыхания. Дальнейшая тактика ведения больной.

Задача 10.

Вы в составе реанимационной бригады вызваны в отделение хирургии к больному А., 80 лет. Из анамнеза известно, что у пациента имеется иноперабельная злокачественная опухоль малого таза с пенетрацией в мочевой пузырь, позвоночник и отдаленными метастазами. Поводом для Вашего вызова - клиническая смерть. Ваши действия.

Методы активной детоксикации

Задача 1.

Больной С., 19 лет, поступил в отделение реанимации. Из анамнеза: за 15 минут до поступления выпил 100 мл уксуса. При поступлении: АД 80/60 мм рт.ст., тахикардия до 110 в мин, гемолиз крови до 500. Выберите последовательность применения методов детоксикации организма в зависимости от стадии экзогенного отравления и обоснуйте свой выбор.

Задача 2.

Больной К., 80 лет, находился в отделение реанимации по поводу отравления седативными препаратами. По поводу данного диагноза больному проводилась методика форсированного диуреза. На 8 часу терапии отметили значительное ухудшение состояния больного: увеличение ЦВД, тахикардия, артериальная гипотония, одышка. Определите осложнение процедуры детоксикации и возможные мероприятия по их неотложной коррекции.

Задача 3.

Больная Д., 19 лет. Известно, что в течение 12 часов находилась в состоянии наркотического опьянения дома в неподвижном положении. После чего отметила деревянистой плотности отек левых конечностей, отсутствие мочи в течение 12 часов, положительный тест на миоглобин мочи, гематокрит 60 %, pH мочи сильно кислая, ЦВД отрицательное, тургор кожных покровов снижен. Доставлена в отделение реанимации. Определите предполагаемый диагноз, последовательность терапии и детоксикации.

Задача 4.

Больной В., 34 лет. Доставлен в отделение реанимации из операционной. Оперирован в экстренном порядке по поводу деструктивного инфицированного панкреатита, проведена лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. При поступлении: АД 140/90 мм рт.ст., пульс до 120 в мин, ЦВД отрицательное. Определите последовательность и выбор детоксикационных мероприятий, необходимый лабораторный мониторинг для оценки эффективности терапии.

Задача 5.

Больной О., 45 лет. Находится в течение недели в отделение реанимации по поводу распространенного гнойного перитонита. Последняя ревизия брюшной полости показала наличие продолжающегося перитонита. У больного лабораторно: уровень молекул средней массы 0,560 у.е., лейкоцитарный индекс интоксикации 6,7, тахикардия до 120 в мин, диурез за сутки до 120 мл, АД 160/90 мм рт.ст. Выберите последовательность детоксикации и обоснуйте его.

Задача 6.

Больная Л., 39 лет. Находится в отделение пульмонологии по поводу гормонозависимой бронхиальной астмы. За последнюю неделю - состояние ухудшилось, нарастает одышка экспираторного характера, которая требует увеличения частоты и дозы ингаляционных кортикостероидов. Показаны ли данной пациентке методы детоксикации, если показаны, то обоснуйте целесообразность их использования.

Задача 7

. Больная К., 56 лет. Длительное время страдает системной красной волчанкой, по поводу чего использует кортикостероиды и препараты цитостатического типа действия. Выберите метод детоксикации для данной пациентки, определите его показания по лабораторным данным.

Задача 8.

Больной Р., 59 лет. Длительное время страдает гипертонической болезнью, по поводу чего находится в отделении кардиологии на лечение. За последние 5 месяцев состояние ухудшилось, нарастает артериальная гипертензия с АД до 180/110 мм рт.ст., не купируется введением стандартных дозировок антигипертензивных препаратов. При осмотре: уровень мочевины 45 ммоль/л, калий плазматический 5,6 ммоль/л, рН крови 7,29. Определите показания для проведения методов детоксикации и обоснуйте свой выбор.

Задача 9.

Больной Г., 49 лет. Основной диагноз - цирроз печени, печеная недостаточность, портальная гипертензия. По данным лабораторного контроля: билирубинемия 456 мкмоль/л, фибриноген 1,2 г/л, ПТИ 23 %. Выберите метод детоксикации, обоснуйте свой выбор.

Задача 10.

При проведении у больного Р., 34 лет первого сеанса гемодиализа по поводу хронической почечной недостаточности, на 35 минуте возникли нарушения сознания, судороги, АД 190/100 мм рт.ст., потеря сознания. Ваши действия и патофизиологическая концепция данного осложнения.

Отравления фосфорорганическими инсектицидами, суррогатами алкоголя и хлорированными углеводородами

Задача 1.

Больной С., 40 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, головную боль, отмечает малое количество мочи за сутки. Данное состояние связано с приемом алкогольных напитков. В анамнезе злоупотребление алкоголем. При поступлении стабильные показатели гемодинамики, декомпенсированный метаболический ацидоз, диурез за сутки 200 мл, значительное повышение азотистых шлаков (мочевина 40,3 ммоль/л, креатинин 0,67 ммоль/л) Предварительный диагноз, дополнительное обследование, выбор ИТ и активная детоксикация.

Задача 2.

Больная К., 18 лет, поступила в отделение токсикологии с жалобами на слабость, недомогание, появление мушек перед глазами. Данное состояние появилось после приема алкогольных напитков, название не помнит, пила с суицидальной целью, количество принятого напитка 40-50 мл, пила за 3,5-4 часа до приезда СП. При поступлении состояние средней степени тяжести, головокружение, рвота, сознание сопор, умеренная артериальная гипотония АД до 90/50 мм рт.ст., тахикардия до 110 в мин. Предварительный диагноз, дополнительное обследование, выбор ИТ и активная детоксикация.

Задача 3.

Больной Б., 45 лет, поступил в отделение острых отравлений после приема алкогольных напитков. Из анамнеза установлено: за 7-10 часов до поступления принял 50 мл неизвестного напитка с целью опьянения. При поступлении сознание сопор, отмечается снижение АД до 60/40 мм рт.ст, частый жидкий стул (хлопьевидный зловонный). Умеренно выраженные признаки почечно-печеночной недостаточности. Лабораторно в крови и моче обнаружены положительные реакции на хлорированные углеводороды. Предварительный диагноз, дополнительное обследование, выбор ИТ и активная детоксикация.

Задача 4.

Больной С., 18 лет, после приема внутрь с целью опьянения алкогольсодержащий напиток, через 30 минут появилась головная боль, головокружение, чувство страха. Объективно: сознание сопор, гипертонус, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 110 в мин, саливация, миоз. Предварительный диагноз, дополнительное обследование, выбор ИТ и активная детоксикация.

Задача 5.

Больной Д., 23 лет, в отделение острых отравлений поступил с подозрением на отравление суррогатами алкоголя. Из анамнеза установлено, что больной в течение 10 суток употреблял алкогольные напитки. При поступлении: без сознания, снижение сухожильных рефлексов, выраженный миоз, брадикардия 40 в мин, АД 70/40 мм рт.ст., брадипное 10 в мин. Предварительный диагноз, дополнительное обследование, выбор ИТ и активная детоксикация.

Задача 6.

Больная М., 57 лет, поступила в отделение острых отравлений, диагноз предварительный отравление ФОИ. Обосновать план обследований, учитывая токсикокинетические свойства ФОИ при их пероральном отравлении

Задача 7.

Больной Т., 40 лет. В отделении острых отравлений поступил с предварительным диагнозом - отравление суррогатами алкоголя. В анамнезе - прием алкоголя в течение 7 дней. При поступлении - сопор, контакт затруднен, показатели гемодинамики АД 110/90 мм рт.ст., пульс 110 в мин. Дыхание адекватное. Умеренная гиперемия кожных покровов. В области верхней трети правого бедра определяется выраженный отек мягких тканей, на этом фоне - флектены. Содержание алкоголя 2,04 промилле, общий анализ крови без особенностей, декомпенсированный метаболический ацидоз, гиперкалиемия. Умеренное повышение креатинина, анурия. Предварительный диагноз, дополнительное обследование, выбор ИТ и активная детоксикация.

Задача 8.

Больной К., 31 год, за 1,5 часа до поступления с суицидальной целью выпил 100 мл хлорофоса. При осмотре больного - выраженная клиника ФОИ 2 стадии. Клонические судороги мышц плечевого пояса, саливация. Пульса 112 в мин, АД 160/90 мм рт.ст. Предварительный диагноз, дополнительное обследование, выбор ИТ и активная детоксикация.

Отравления прижигающими ядами, барбитуратами, метгемоглобинообразующими ядами и угарным газом

Задача 1.

Больная С., 40 лет. С суицидальной целью выпила 100 мл уксусной эссенции. При поступлении ожог слизистой ротоглотки, верхних дыхательных путей. Тахипное до 40 в мин, дыхание стенотическое, АД 80/40 мм рт.ст., пульс 120 в мин, частая рвота с примесью крови, моча 100 мл, темного цвета. Лабораторно - метаболический ацидоз, гемоглобин 86 г/л. Обосновать возможные механизмы развития клинических и лабораторных синдромов, дообследование, интенсивная терапия.

Задача 2.

Врач СП вызван на дом для оказания помощи больному с явными признаками отравления уксусной эссенцией. При осмотре: возраст 35 лет, за 40 минут до приезда СП принял 50 мл уксусной эссенции. Запах уксуса, слева ожог слизистой ротоглотки, беспокойное поведение из-за болевого синдрома, удовлетворительные показатели гемодинамики, рвота, в рвотных массах - примесь крови. Обосновать возможные механизмы развития клинических и лабораторных синдромов, дообследование, интенсивную терапию.

Задача 3.

В отделение острых отравлений поступил больной 25 лет с диагнозом отравление неизвестным ядом. В анамнезе - страдает наркоманией. Сознание кома II, пульс 70 в мин, АД 60/40 мм рт.ст., брадипное до 10 в мин, выраженный миоз, реакция на болевые раздражители отсутствует, отмечается повышение сухожильных рефлексов. Лабораторно в пределах нормы. При осмотре консультантов патологии не выявлено. Неврологически выявлено наличие общемозговой симптоматики. Обосновать возможные механизмы развития клинических и лабораторных синдромов, дообследование, интенсивная терапия.

Задача 4.

Больной С., 47 лет. Поступил в отделение острых отравлений в крайне тяжелом состоянии. Из анамнеза - больной длительное время принимал суррогаты алкоголя. При поступлении: сознание сопор, выраженный цианоз губ и слизистых, АД 60/0 мм рт.ст., пульс до 140 в мин, слабого наполнения. Судорожные подергивания, повышенная ригидность мышц, одышка. Обращает на себя внимание, что при заборе крови последняя имеет темный шоколадный цвет. Обосновать возможные механизмы развития клинических и лабораторных синдромов, дообследование, интенсивная терапия.

Задача 5.

Больной длительное время находился в автомобиле с работающим двигателем в закрытом помещении. Обнаружен случайно, доставлен в отделение острых отравлений. При поступлении без сознания, зрачки расширены, приступ тонических судорог. Ярко розовые кожные покровы, далее через 30 мин определяется нарастание диффузного цианоза. Одышка до 40 в мин, показатели гемодинамики АД 130/80 мм рт.ст., пульс 90 в мин. Обосновать возможные механизмы развития клинических и лабораторных синдромов, дообследование, интенсивная терапия.

Задача 6.

В отделение острых отравлений поступил больной с клиническими признаками отравления барбитуратами. Диагноз отравления подтвержден клинически и лабораторно:

отравление барбитуратами II степени. Установить причины нарушения функции внешнего дыхания, определить меры интенсивной терапии.

Задача 7.

Больной С., 25 лет, доставлен в отделение токсикологии с производства. Заболел на работе: остро возникли головные боли, рвота. В последующем головные боли нарастали, госпитализирован. Объективно: сопор, цианоз видимых слизистых и кожных покровов, АД 140/90 мм рт.ст., пульс 106 в мин. Дыхание спонтанное, хрипов нет. Температура до 38,6 С. Обосновать возможные механизмы развития клинических и лабораторных синдромов, дообследование, интенсивная терапия.

Задача 8.

Больная К., 65 лет. Доставлена в отделение острых отравлений с предполагаемым диагнозом: отравление неизвестным ядом. Больная была случайно обнаружена соседкой в квартире, без сознания. Анамнез не известен. Объективно: кома II, пульс 86 в мин, АД 180/110 мм рт.ст. Анизокория, арефлексия. Дыхание спонтанное, брадипное до 10 в мин. Лабораторно в пределах нормы. Провести дифференциальный диагноз, принципы интенсивной терапии.

Задача 9.

Больная К., 40 лет. Находилась в отделение острых отравлений с диагнозом: отравление уксусной кислотой, ожог слизистой ротоглотки и пищевода. Внутрисосудистый гемолиз, гемоглинурийный нефроз, острая почечная недостаточность. На 17 сутки у больной возникло профузное желудочное кровотечение, консервативная терапия эффекта не принесла. Необходимо обосновать причину развития кровотечения, определить тактику терапии.

Задача 10.

В отделение острых отравлений поступил больной С., 26 лет с предварительным диагнозом: отравление барбитуратами. Из анамнеза установлено, что больной в связи с нарушениями сна принял несколько таблеток снотворного. При поступлении сопор, брадипное до 10 в мин, плавающие движения глазных яблок, узкие зрачки, вялая фотореакция. Показатели гемодинамики удовлетворительные. При катетеризации мочевого пузыря 200 мл темного цвета. Обращает на себя внимание выраженный отек правого бедра. Провести клинико-лабораторное обследование больного, объем и методы интенсивной терапии.

Электротравма. Утопление. Асфиксия

Задача 1.

Больной А., 56 лет, доставлен в клинику с диагнозом: электротравма, полученная в бытовых условиях. На месте происшествия потерял сознание, окружающими проводились реанимационные мероприятия (искусственная вентиляция легких «рот-в-рот», непрямой массаж сердца). Сотрудники СП интубировали трахею и реанимационные мероприятия продолжены. Необходимо: назначить дополнительное обследование, определить схему ИТ.

Задача 2.

Больной К., 17 лет, доставлен в клинику с электротравмой легкой степени тяжести. Во время ремонта бытового прибора дотронулся до оголенного провода в сети 220 В правой

рукой. Сильно трясло, с трудом оторвался от провода. Определить: объем клинического поражения, назначить соответствующую терапию, назвать возможные осложнения.

Задача 3.

Больной С., 13 лет, получил бытовую электротравму. Зафиксирована остановка сердца, реанимационные мероприятия проведены родственниками и продолжены бригадой СП. При поступлении в реанимационное отделение: АД 60/0 мм рт.ст, пульс 110 в мин. Назвать механизм поражающего действия тока в данном случае, определить характер дальнейшей ИТ.

Задача 4.

Группа молодых людей в предгрозовую погоду расположилась на отдых. Рядом находилось дерево высотой около 7 метров. При разряде атмосферного электричества все они оказались пораженными электричеством, причем погибли сразу 2 человек, 3 с тяжелыми ожогами туловища и конечностей доставлены в отделение реанимации. Определить меры профилактики и терапии данного состояния.

Задача 5.

Больной П., 22 года, доставлен в клинику через 2 часа после травмы. Работая во время грозы, пытался отсоединить антенный провод от телевизора. Сознание не терял. Ощутил резкую боль по ходу тока вдоль правой половины тела. Объективно: состояние удовлетворительное, на передней поверхности правого бедра имеется 2 небольших струпа, 2 см в диаметре. Через 10 дней выписан в удовлетворительном состоянии. Определить целесообразность пребывания в стационаре, возможные осложнения в раннем и позднем периодах травмы.

Задача 6.

Больной К., 18 лет, поступил в клинику с диагнозом утопление в пресной воде. Из анамнеза установлено, что группа молодых людей купалась в состоянии алкогольного опьянения. Со слов окружающих, под водой человек находился не более 3 минут. Доставлен на берег. Проводились первичные реанимационные мероприятия. Реанимация эффективна. Доставлен бригадой СП в реанимационное отделение. При поступлении - без сознания, дыхание спонтанное, умеренный акроцианоз, АД 80/40 мм рт.ст. Необходимо: назначить дополнительное обследование, адекватную терапию и назвать возможные осложнения.

Задача 7.

В клинику поступил больной А., 35 лет, с диагнозом: утопление в морской воде. При поступлении в сознании, адекватен, спонтанное адекватное дыхание, удовлетворительные показатели гемодинамики. Не смотря на описанное состояние, госпитализирован в отделение реанимации. Определить патогенез утопления, назвать возможные осложнения, назначить соответствующее обследование.

Задача 8.

В стационар доставлена больная О., 18 лет. Диагноз: прерванная механическая асфиксия. Объективно: без сознания, странгуляционная борозда, дыхание спонтанное, адекватное, гемодинамика стабильная. Определить критерии тяжести состояния больной, назначить дополнительное обследование, определить последовательность ИТ.

Острая массивная кровопотеря

179

Задача 1.

Больной К., 40 лет, поступил в приемное отделение по поводу ножевого торакоабдоминального ранения. Данные обследования: бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия 130 в мин, АД 70/30 мм рт.ст., дыхание спонтанное с частотой до 40 в мин, подкожная эмфизема мягких тканей правой половины грудной клетки. После осмотра хирурга больной по экстренным показаниям берется в операционную. Вызван анестезиолог. Определить последовательность мероприятий, дообследование, коррекция основных показателей гомеостаза, характер обезболивания.

Задача 2.

Больной С., 47 лет. Поступил в отделение реанимации с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. Заболел 2 суток назад. Находился дома без оказания экстренной помощи. При поступлении больной в сознании, слабый, адинамичный, бледность кожных покровов. Пульс до 120 в мин, АД 70/40 мм рт.ст., гемоглобин 60 г/л, гематокрит 18 %, ЦВД 0 мм рт.ст., анурия. Осмотрен хирургом, рекомендована операция. Патофизиологическое объяснение показателям гомеостаза, установить причину анурии, схема трансфузионной терапии.

Задача 3.

Больная Ж., 53 лет. В отделение реанимации поступила с диагнозом: автодорожная травма, перелом костей таза, правого бедра. За час до поступления в стационар была сбита автомашиной. Обстоятельства травмы не помнит. Объективно: бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия до 130 в мин, АД 70/40 мм рт.ст. Лабораторно: гемоглобин 60 г/л, гематокрит 18 %. В моче - свободные жирные кислоты. Больная осмотрена травматологом, нейрохирургом, хирургом. Переведена в отделение реанимации для дальнейшего лечения. Дать клиническое объяснение лабораторным данным, назначить адекватную трансфузионную терапию и патофизиологическое объяснение назначенной терапии.

Задача 4.

Больной К., 40 лет. В отделение реанимации поступил с клиникой острой кровопотери, обусловленной ножевым ранением брюшной полости с повреждением селезенки и кишечника, общей кровопотерей до 2500 мл и интраоперационной ИТТ более 4500 мл. Проведена лапаротомия. Назначить трансфузионную терапию, отметить возможные осложнения в послеоперационном периоде.

Задача 5.

В отделение реанимации поступил больной С., 17 лет, с выраженной клиникой острой кровопотери, обусловленной травматической ампутацией левой нижней конечности. Назвать наиболее ранний и вероятный признак изменения системы гемодинамики при острой кровопотере, дать патофизиологическое объяснение данной реакции.

Задача 6.

Больная Д., 21 года, поступила в реанимационное отделение с клиникой острой кровопотери за счет развивающегося ДВС-синдрома (стадия гипокоагуляции) во время экстирпации матки по акушерским показаниям. Назначить соответствующее лабораторное исследование системы гемостаза, согласно предполагаемым данным назначить трансфузионную терапию.

Задача 7.

Больной М., 75 лет, в отделение реанимации поступил с выраженными признаками острой кровопотери за счет перелома костей таза и бедра. В отделение реанимации больному с целью коррекции острой кровопотери начата трансфузия полиглюкина

появилась одышка, акроцианоз, резко повысилось ЦВД до 200 мм рт.ст. Назвать наиболее вероятные причины развившегося осложнения и дать его патофизиологическое объяснение. Назначить корригирующую терапию.

Задача 8.

У больного С., 43 лет, во время лапаротомии по поводу распространенного гнойного перитонита возникло кровотечение в объеме 1200 мл. Проведена адекватная трансфузионная терапия. Однако на вторые сутки после операции выросла клиника острой дыхательной недостаточности. Резко снизилось артериальное рО₂, отмечается умеренное повышение артериального рСО₂. Рентгенологически - «снежная буря». Назвать наиболее вероятное осложнение, определить тактику ведения больного.

Задача 9.

Больной К., находился в отделении гастроэнтерологии с диагнозом: цирроз печени, острая печеночная недостаточность. Внезапно состояние больного резко ухудшилось. Появилась выраженная клиника острой кровопотери. Назвать наиболее вероятную причину кровотечения, назначить синдромальную терапию.

Задача 10.

Больной С., 23 лет, поступил в стационар с клиникой острой кровопотери в связи с ножевым ранением лучевой артерии. У дежурного врача есть возможность выбрать заменитель с учетом их волемических коэффициентов: декстран, ГЭК, плазма, кристаллоиды. Определить стартовый раствор, назвать волемический эффект указанных препаратов.

ДВС-синдром

Задача 1.

Больная П., 18 лет. В акушерский стационар поступила с диагнозом: криминальный аборт при сроке беременности 12 недель. Септический метроэндометрит, сепсис, септический шок. При поступлении: сознание спутанное, АД 80/60 мм рт.ст., пульс 120 в мин, тахипное до 29 в мин. Лабораторно: тромбоциты 150 10⁹/л, время свертывания по Ли-Уайту 19 мин, положительный этаноловый тест, РФМК 42 мкг/мл, АТ III 45 %. Имеются следы кровоточивости из десен, мест инъекций. Стадия ДВС-синдрома, его причина и последовательность ИТ.

Задача 2.

Больной А., 19 лет. Поступил в отделение общей хирургии с диагнозом: ножевое колото-резаное ранение, проникающее в брюшную полость с повреждением аорты. На лапаротомии отмечена суммарная кровопотеря более 4000 мл (вес тела больного 80 кг). При поступлении в отделение реанимации зафиксировано укорочение времени свертывания, уровень АТ III 58 %. Стадия ДВС-синдрома, его причина и последовательность ИТ.

Задача 3.

Больной Н., 29 лет. Поступил в отделение реанимации после операции лапаротомии, выполненной по поводу ножевого торакального ранения с повреждением межреберной артерии. Общий объем кровопотери составил 2500 мл. Инфузия в объеме 3900 мл, включала физиологический раствор и реополиглюкин. Контроль общего анализа крови: гематокрит 21 %. На операции зафиксирована повышенная кровоточивость из мест

инъекций. Стадия ДВС-синдрома, его причина и последовательность ИТ, а также дополнительное обследование для верификации данного критического состояния.

Задача 4.

Больной Р., 56 лет. Поступил в отделение урологии с диагнозом: обтурирующий камень левого мочеточника, осложненный пиелонефритом. Проведена попытка дистанционной литотрипсии, через 2 часа зафиксировано снижение АД до 80/40 мм рт.ст, гипертермия до 39С. Больной возбужден, по лабораторным данным: тромбоциты крови 90 10 /л, АТ III 89 %, время свертывания по Ли-Уайту 2 минуты. Стадия ДВС-синдрома, его причина и последовательность ИТ.

Задача 5.

Больной Ш., 45 лет. Поступил в отделение реанимации с диагнозом: тяжелая сочетанная травма, множественная скелетная травма, ушиб грудной клетки, ушиб органов средостения. При поступлении имеются лабораторные данные I стадии ДВС-синдрома. Указать последовательность ИТ и необходимый лабораторный мониторинг.

Задача 6.

Больной Г., 23 лет, поступил в отделение реанимации после проведения экстренной операции по поводу тяжелой ЧМТ, ушиба головного мозга тяжелой степени с размождением вещества. После поступления у больного отмечена повышенная кровоточивость из мест инъекций, по данным гемостазиограммы: тромбоциты 100 10/л, антитромбин III 23 %. Определить причину развития данного синдрома критического состояния, патогенез и тактику интенсивной терапии.

Острая почечная недостаточность

Задача 1.

Больной С., 47 лет. Поступил в отделение реанимации с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. Заболел 2 суток назад. Находился дома без оказания экстренной помощи. При поступлении больной в сознании, слабый, адинамичный, бледность кожных покровов. Пульс до 120 в мин, АД 70/40 мм рт.ст., гемоглобин 60 г/л, гематокрит 18 %, ЦВД 0 мм рт.ст., анурия. Осмотрен хирургом, рекомендована операция. Патофизиологическое объяснение показателям гомеостаза, установить причину анурии, схема трансфузионной терапии.

Задача 2.

Больная К., 40 лет. В отделение реанимации поступил с клиникой острой кровопотери, обусловленной ножевым ранением селезенки и кишечника. Проведена лапаротомия, на которой обнаружено более 3000 мл крови в брюшной полости. Объем инфузионно-трансфузионной терапии на операции составил более 6500 мл, в том числе эритроцитарной массы более 2000 мл (при массе тела больной 45 кг). В послеоперационном периоде отметили поступление мочи с бурым окрашиванием, почасовой диурез менее 20 мл/час. Определить меры ИТ, необходимые обследования.

Задача 3.

В отделение реанимации поступил больной С., 17 лет, с выраженной клиникой острой кровопотери, обусловленной колото-резаным повреждением сосудистого пучка на левом бедре. На экстренной операции сосудистым хирургом было проведено ушивание дефекта бедренной артерии, операция длилась более 60 минут. По окончании операции и восстановлении кровотока отмечено снижение АД, анурия, тахикардия. Объяснить причину синдромов критических состояний, меры возможной профилактики и ИТ в послеоперационном периоде.

Задача 4.

Больной Л., 67 лет, доставлен в отделение реанимации из санпропускника. Основной диагноз: острое нарушение мозгового кровообращения по типу ишемического инсульта. Из анамнеза известно, что в течение 2 суток находился дома без сознания, найден родственниками. Уровень сознания - кома. АД 80/40 мм рт.ст., тахикардия до 110 в мин. По данным общего анализа крови - гематокрит более 65 %, по данным биохимического анализа крови - мочевины 23 ммоль/л, креатинин 0,21 ммоль/л. ЦВД - отрицательное. Патофизиологическая характеристика данной формы ОПН, методы дополнительной диагностики и варианты ИТ.

Задача 5.

Больной Г., 19 лет. В отделение токсикологии доставлен из дома, где в течение суток находился в состоянии наркотической комы. После восстановления сознания родственниками отмечено наличие отека нижней правой конечности, отсутствие мочи. Определить вариант развития ОПН, назначить необходимые меры дообследования, методы ИТ.

Задача 6.

Больной Р., 82 лет. Основной диагноз: острая обтурационная кишечная непроходимость. Сопутствующая патология: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз, недостаточность

кровообращения II а. Планируется лапаротомия по разрешению непроходимости. При осмотре анестезиологом выясняется: АД 80/40 мм рт.ст., тахикардия до 110 в мин, ЦВД 40 мм рт.ст., гематокрит 49%, анурия. Определить синдромы критических состояний, меры дообследования и принципы ИТ.

Задача 7.

Больная Ш., 35 лет. Находилась в отделение травматологии по поводу закрытого перелома правой бедренной кости. На вторые сутки у больной определена анемия гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,23, эритроциты 2,10 /л. Проведена трансфузия 2 доз эритромассы. Через сутки больная отметила желтушность кожных покровов, снижение объема выделенной мочи, лабораторной - увеличение мочевины до 19 ммоль/л, креатинина - до 0,19 ммоль/л. Определить меры профилактики данного осложнения, назвать данное осложнение, определить причину олигоурии и меры ИТ.

Задача 8.

Больной Д., 24 лет. Находится в отделение токсикологии с диагнозом: отравление этиленгликолем. У больного имеется гиперкалиемия 7,2 ммоль/л, мочевины 34 ммоль/л, креатинин 0,29 ммоль/л, на рентгенографии органов грудной клетки - интерстициальный отек легких. Определить меры по диагностике, ИТ и выбрать методы активной детоксикации данного состояния.

Задача 9.

Больной Р., 79 лет. Находится в отделение хирургии по поводу вентральной грыжи, проведена операция герниотомия, герниопластика. В первые сутки отмечено резкое снижение мочи, азотемические показатели в пределах нормы, показатели водного баланса: ЦВД 40 мм рт.ст., гематокрит 0,39. Беспокоят неприятные ощущения при мочеиспускании. Определить вариант ОПН, меры диагностики и ИТ.

Задача 10.

Больная Р., 19 лет. Поступила в акушерскую клинику с диагнозом: беременность 34 недель, тотальная отслойка нормально расположенной плаценты. Шоковая матка. Операция: лапаротомия, экстирпация матки с придатками. Острая массивная кровопотеря. После операции отмечено отсутствие мочи. Все меры по стимуляции диуреза неэффективны. При этом гемодинамические показатели АД 120/80 мм рт.ст., пульс 90 в мин. Гематокрит 0,31, общий анализ крови и биохимический показатели в пределах нормы. Проведено УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства - имеются гидронефротические изменения обеих почек и мочеточников. Определить синдром критического состояния, меры диагностики и ИТ.

Интенсивная терапия в акушерской практике

Задача 1.

Во время интенсивной родовой деятельности у роженицы появился озноб, резко повысилась температура до 40, отмечалось снижение АД до 40 мм рт.ст. Нарастала клиника ОДН (появились признаки альвеолярного отека легких). Необходимо определить причину ОДН, тактику ведения анестезиолога.

Задача 2.

Больная К., 25 лет, поступила в отделение реанимации роддома после перенесенного приступа эклампсии. Через 20 мин после поступления у больной развился приступ клонико-тонических судорог. Необходимо: определить наиболее вероятную причину развития судорог, определить схему терапии

Задача 3.

Больная С., 25 лет, в отделение реанимации поступила с диагнозом: беременность 37 лет, гестоз, преэклампсия. После проведения кесарева сечения через 20 мин у больной лабораторно - выраженный гемолиз, наличие свободного гемоглобина в моче, тромбоцитопения, резкое повышение АсТ и АлТ. Клиника маточного кровотечения явилась показанием для лапаротомии и экстирпации матки. Необходимо: объяснить вероятную причину нарушения лабораторных данных, назначить и провести терапию, высказать предположения об осложнениях.

Задача 4.

Родовой период осложнился у рожениц эмболией околоплодных вод. Проведен комплекс реанимационных мероприятий, которыми удалось стабилизировать функции систем жизнеобеспечения. Однако у больной сохраняется опасность развития тяжелой эклампсии. Необходимо: назвать наиболее вероятные осложнения, назначить мониторинг, наблюдение, провести профилактику развития осложнений.

Задача 5.

Больная Р., 34 лет, находится в послеродовом отделении в течение 2 суток после операции кесарево сечение. Отметил увеличение температуры, снижение диуреза, тахикардию и артериальную гипотонию. Клинически - распространенный послеродовой перитонит. Определить последовательность мероприятий интенсивной терапии и определить вероятный синдром критического состояния.

Анафилактический шок

Задача 1.

Больная С., 57 лет, в клинику печеночной хирургии поступила с диагнозом калькулезный холецистит. Оперативное вмешательство в условиях эндотрахеального наркоза. Стандартная премедикация. После введения внутривенно 400 мг тиопентала натрия появился цианоз губ и слизистых, анестезиолог заметил резкое увеличение сопротивления на вдохе при проведении ИВЛ. В легких масса сухих хрипов. Проведена интубация трахеи, после внутривенного введения адреналина постепенно снизилось сопротивление на вдохе. Определить характер осложнения, оценить тактику ведения больной.

Задача 2.

Больной С., 45 лет, находился в терапевтическом отделении по поводу правосторонней пневмонии. Начата антибактериальная терапия. После внутривенного введения пенициллина отметили снижение АД, потеря сознания, констатирована клиническая смерть. Проведены реанимационные мероприятия, эффективные. Больной переведен в отделение реанимации. Определить форму анафилактического шока, оценить тактику терапии.

Задача 3.

Больной К., 48 лет, находится в хирургическом стационаре по поводу язвенной болезни желудка. Больному планируется оперативное вмешательство в условиях эндотрахеального наркоза. В анамнезе страдает поливалентной аллергией. Выбрать препарат для вводного и основного наркоза.

Задача 4.

При проведении регионарной анестезии на верхнюю конечность новокаином у больного появилось головокружение, недомогание, чувство дискомфорта за грудиной, снижение АД. Ситуация расценена как анафилактическая реакция. Провести интенсивную терапию.

Задача 5.

Больной С., 56 лет, находился в отделение хирургии с диагнозом - обострение острого холецистита. С целью купирования болевого синдрома введен баралгин. Через 25 минут после введения препарата появились боли в эпигастрии, умеренное снижение АД, после осмотра хирурга острое хирургическое заболевание отвергнуто. Провести верификацию диагноза, определить тактику интенсивной терапии.

**Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине «Анестезиология-реаниматология»
(1 семестр)**

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, полукоткрытый, полужакрытый, закрытый. Аппараты реверсивного и неререверсивного 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 (диприван), кетамин (калипсол), оксибутират натрия, этомидат, альтезин. Методы проведения неингаляционной 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, нейролептанальгезия, 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, паравerteбральная), внутрикостная, внутривенная (под жгутом). Новокаиновые блокады рефлексогенных зон.
18. Эпидуральная и спинномозговая анестезия. Методика проведения. Показания и противопоказания. Осложнения, их профилактика и лечение. Эпидурально-спинальная анестезия. 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 премедикации.
22. Вводный наркоз неингаляционными 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) 88 Показания и методика проведения.

32. Нарушения кислотно-основного состояния и водно-электролитного баланса во время анестезии, их коррекция. Инфузионно-трансфузионная 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. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии при операциях на голове и шее. Общая анестезия в нейрохирургии.
36. Выбор метода обезболивания при операциях на сердце и магистральных сосудах.
37. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии при операциях на органах грудной полости.
38. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии при операциях на органах брюшной полости.
39. Выбор метода обезболивания при эндоскопических оперативных вмешательствах.
40. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии в травматологии и ортопедии. Травматический шок и обезболивание. Выбор метода обезболивания при внеполостных операциях.
41. Общая анестезия при краткосрочных хирургических вмешательствах, эндоскопических и диагностических исследованиях.
42. Анестезия в амбулаторной практике и в условиях скорой помощи.
43. Выбор метода обезболивания в экстренной хирургии. Особенности подготовки больных к операции и наркозу.
44. 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.
45. Выбор метода обезболивания и особенности анестезии у больных с сопутствующими заболеваниями (органов кровообращения, дыхания, желудочно-кишечного тракта, эндокринных органов и др.).
46. Физиологические и патофизиологические особенности проведения общей анестезии у больных пожилого и преклонного возраста.
47. Выбор метода обезболивания у детей.
48. Особенности проведения анестезии у больных, находящихся в терминальном состоянии.
49. Лечение острых и хронических болевых синдромов.
50. 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 состояниях.
51. Инфекционная безопасность пациентов в операционной и в отделении реанимации, контроль, антибактериальная и противогрибковая терапия больных ОРИТ.
52. Методы экстракорпоральной детоксикации, классификация. Показания к применению. Принципы действия. 53. Профилактика тромбозов и тромбоэмболий в периоперационном периоде и в отделении реанимации и интенсивной терапии. Показания к назначению антикоагулянтной терапии.
54. Транспортировка больных в критическом состоянии. Показания и противопоказания. Особенности поддержания жизненно важных функций у критического пациента при транспортировке.
55. Определение интенсивной терапии как применение методов временного искусственного замещения или управления нарушенными функциями жизненно важных органов в сочетании с этиопатогенетической терапией 1809 предупреждения или устранения тяжелых витальных расстройств организма.

56. 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.
57. Классификация терминальных состояний. Патофизиологические сдвиги при терминальных состояниях. Клиническая смерть.
58. Остановка кровообращения. Причины, предвестники, симптомы, диагностика. Виды остановки сердца, клинические признаки, диагностика.
59. Методы сердечно-легочной реанимации на догоспитальном и госпитальном этапе. Массаж сердца. Виды массажа - прямой (открытый), непрямой (закрытый), методика, показатели эффективности, осложнения.
60. Базовая и расширенная сердечно-легочная реанимация.
61. 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, интратрахеальное, внутрисердечное). Инфузионная терапия при проведении сердечно-легочной реанимации.
62. Зависимость лечебных мероприятий от вида остановки кровообращения. Последовательность проведения реанимационных мероприятий и методов интенсивной терапии при выведении больного из состояния клинической смерти.
63. Методы контроля за состоянием жизненно важных органов и систем организма при проведении реанимации. Мониторинг.
64. Клинические признаки, свидетельствующие о наступлении "мозговой смерти", биологической смерти. Показания для прекращения реанимационных мероприятий.
65. Вопросы деонтологии при прекращении реанимации. Этические и социально-правовые проблемы, связанные с прекращением реанимации.
66. Понятие о болезни оживленного организма. Ведение больного в раннем постреанимационном периоде. Возможные осложнения, их профилактика и лечение.

**Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине «Анестезиология-реаниматология»
(2 семестр)**

1. Общие вопросы реаниматологии и интенсивной терапии. Оснащение и оборудование отделений реанимации. Организация работы отделений реанимации и интенсивной терапии. Принципы работы в отделении реанимации. Показания и противопоказания для госпитализации и перевода больных в отделение реанимации.
2. Этиология, патогенез, патофизиологические и клинические признаки острой дыхательной недостаточности.
3. Методы реанимации и интенсивной терапии при острой дыхательной недостаточности (синдром частичной трахеобронхиальной непроходимости, расстройства биомеханики дыхания, патологические состояния легких центрального происхождения и др.).
4. Показания и методика проведения кислородотерапии, гелиотерапии, чрескожной катетеризации трахеи и бронхов, лечебной бронхоскопии. 5. 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.
6. 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 инъекционной ИВЛ, вспомогательная ИВЛ. Осложнения ИВЛ, их устранение.
7. 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.
8. Показания к трахеостомии. Осложнения. Уход за трахеостомированным больным. Гипербарическая оксигенация. Механизмы действия ГБО на организм. Показания и противопоказания к ГБО в реаниматологии.
9. Основные формы нарушений КОС и их клинические проявления. Принципы коррекции.
10. Нарушения водно-электролитного баланса. Клинические признаки, диагностика, лечение.
11. 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.
12. Парентеральное питание. Патофизиологическое обоснование парентерального питания. Препараты, используемые для парентерального питания. Методика проведения.
13. Общие принципы реанимации и интенсивной терапии при шоке различной этиологии.
14. 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.
15. Ожоговый шок. Патофизиология, биохимические сдвиги. Реанимационные мероприятия и интенсивная терапия, особенности анестезии, инфузионная терапия.
16. Анафилактический шок. Этиология, патофизиология, реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Особенности реанимации и интенсивной терапии при шоке после введения антибиотиков.
17. Геморрагический шок. Патофизиология, диагностика, реанимационные мероприятия и интенсивная терапия. Интенсивная терапия афибриногенами.

18. Реанимационные мероприятия при трансфузионном шоке вследствие переливания несовместимой крови.
19. Судорожный синдром. Реанимационные мероприятия. Применение лечебного наркоза, мышечных релаксантов, продленной искусственной вентиляции легких, краниocereбральной гипотермии. Особенности реанимационных мероприятий и интенсивной терапии при столбняке.
20. Гипертермический синдром. Патофизиология. Клиника. Интенсивная терапия. Злокачественная гипертермия. Методы интенсивной терапии при делириозных состояниях.
21. Интенсивная терапия при пароксизмальной тахикардии, мерцательной аритмии, экстрасистолии, синдроме Морганьи - Эдамс - Стокса.
22. 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 электростимуляция сердца) при инфаркте миокарда и нарушениях ритма. Гипертонический криз, патофизиология, интенсивная терапия.
23. Тромбоэмболия в системе легочной артерии. Патогенез, клиника, диагностика, реанимация и интенсивная терапия.
24. Интенсивная терапия при коматозных состояниях: гипер- и гипогликемическая кома, гиперосмолярная кома, отек мозга, острые нарушения мозгового кровообращения, судорожный синдром, гипертермический синдром.
25. Экзогенные интоксикации. Пути попадания токсических веществ в организм. Отравление алкоголем и его суррогатами, снотворными и седативными 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.
26. Острая почечная недостаточность. Патофизиология, клиническое течение, интенсивная терапия. Показания к перитонеальному диализу, гемодиализу и гемофильтрации, лимфосорбции, гемосорбции и плазмаферезу.
27. Острая печеночная недостаточность. Патофизиология, клиническое течение Печеночная кома. Интенсивная терапия. Показания к гемосорбции, лимфосорбции, использованию гетеротропной печени.
28. Методики интенсивной терапии при подготовке тяжелых хирургических больных к операции (коррекция нарушений гемодинамики, дыхания, водно-электролитного и белкового балансов, КОС).
29. 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.
30. Интенсивная терапия при тяжелых формах позднего токсикоза беременных, при токсико-инфекционном шоке, острой почечной и печеночной недостаточности у акушерско-гинекологических больных.
31. 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.
32. Особенности интенсивной терапии раннего послеоперационного периода после акушерских и гинекологических операций у женщин с сопутствующими заболеваниями.

- Инфузионно-трансфузионная терапия, коррекция КОС, водно-электролитного и белкового балансов.
33. Интенсивная терапия и реанимация новорожденных. Вторичная асфиксия новорожденных.
 34. Особенности интенсивной, реанимационной и трансфузионной терапии в педиатрической практике.
 35. Период заболевания, в который может проводиться первый, второй и третий этапы медицинской реабилитации
 36. Где может проводиться медицинская реабилитация на первом, втором и третьем этапе
 37. Критерии перевода пациента с первого и второго этапов медицинской реабилитации
 38. Показания к медицинской реабилитации пациентов в отделении интенсивной терапии
 39. Противопоказания к медицинской реабилитации пациентов в отделении интенсивной терапии
 40. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья
 41. Основные домены, применяемые при оценке пациентов с нарушениями функций в условиях интенсивной терапии
 42. Основные документы, регламентирующие оказание медицинской помощи по профилю «Анестезиология-реаниматология». Принципы оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде (медицинское заключение МСЭ, предоперационный осмотр, протокол анестезиологического пособия, оформление консилиумов, переводного эпикриза, заключений консультантов).
 43. Взаимоотношение врача-реаниматолога с врачами других специальностей и с родственниками больных. Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии.
 44. Основы государственной политики в области охраны здоровья, принципы и методы формирования здорового образа жизни. Основы профилактики заболеваний.
 45. Порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований (на наличие токсических веществ в организме реанимационного больного, констатация «смерти мозга», признание пациента палиативным).