

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»)

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора по научной
работе

/М.Л. Рогаль/



2025 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

31.08.02 Анестезиология-реаниматология

Шифр/Название направления (специальности)

ОЧНАЯ

Форма обучения

Москва 2025 г.

Программа Государственная итоговая аттестация

название дисциплины и модуля (при наличии)

составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки/специальности (уровень подготовки кадров высшей квалификации)

31.08.02 Анестезиология-реаниматология

Код и наименование специальности/направления подготовки

Квалификация
выпускника

Врач-анестезиолог-реаниматолог

Уровень высшего
образования

Подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения

очная

Очная/очно-заочная/заочная

СОСТАВИТЕЛИ

Шабанов Аслан Курбанович

старший научный сотрудник, доктор медицинских наук, старший преподаватель

Журавель Сергей Владимирович

заведующий научным отделением, доктор медицинских наук, старший преподаватель

ФИО

Должность, степень

СОГЛАСОВАНО

Заведующий учебным центром

Должность



И.В. Братищев

Расшифровка подписи

1. Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.02 Анестезиология-реаниматология

2. Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных образовательной организацией самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-анестезиолог-реаниматолог и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-анестезиолог-реаниматолог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из образовательной организации с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

3. Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

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

3.1 Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Знает методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации. УК-1.2. Умеет критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации. УК-1.3. Умеет определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте. УК-1.4. Владеет методами и приемами системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать	УК-2.1. Знает основы проектного менеджмента и международные стандарты управления проектом.

	проект и управлять им	УК-2.2. Умеет определять проблемное поле проекта и возможные риски с целью разработки превентивных мер по их минимизации. УК-2.3. Умеет осуществлять мониторинг и контроль над осуществлением проекта. УК-2.4. Умеет разрабатывать проект в области медицины и критерии его эффективности.
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды, выработывая командную стратегию для достижения поставленной цели	УК-3.1. Знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства работой команды. УК-3.2. Умеет организовывать процесс оказания медицинской помощи, руководить и контролировать работу команды. УК-3.3. Умеет мотивировать и оценивать вклад каждого члена команды в результат коллективной деятельности. УК-3.4. Знает основы конфликтологии и умеет разрешать конфликты внутри команды.
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Знает основы психологии и умеет выстраивать взаимодействие в рамках профессиональной деятельности. УК-4.2. Умеет поддерживать профессиональные отношения. УК-4.3. Владеет приемами профессионального взаимодействия коллегами и пациентами. УК-4.4. Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции.
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	УК-5.1. Знает основные характеристики, методы и способы собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории. УК-5.2. Умеет намечать ближние и стратегические цели собственного профессионального и личностного развития. УК-5.3. Умеет осознанно выбирать направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории. УК-5.4. Владеет методами объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории. УК-5.5. Владеет приемами самореализации в профессиональной и других сферах деятельности.

3.2 Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Наименование	Код и наименование	Код и наименование индикатора
--------------	--------------------	-------------------------------

категории (группы) общепрофессиональных компетенций	общепрофессиональной компетенции выпускника	достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	<p>ОПК-1.1. Знает современные информационно-коммуникационные технологии и ресурсы, применимые в научно-исследовательской, профессиональной деятельности и образовании.</p> <p>ОПК -1.2. Знает и умеет использовать современные информационно-коммуникационные технологии для повышения медицинской грамотности населения, медицинских работников.</p> <p>ОПК-1.3. Знает и умеет планировать, организовывать и оценивать результативность коммуникативных программ, кампаний по пропаганде здорового образа жизни.</p> <p>ОПК-1.4. Умеет работать в медицинской информационной системе, вести электронную медицинскую карту.</p> <p>ОПК-1.5. Знает основные принципы организации оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий, умеет применять их на практике.</p> <p>ОПК-1.6. Знает и умеет применять на практике основные принципы обеспечения информационной безопасности в медицинской организации.</p>
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>ОПК-2.1. Знает и умеет применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.</p> <p>ОПК-2.2. Знает и умеет оценивать и прогнозировать состояние популяционного здоровья с использованием современных индикаторов и с учетом социальных детерминант здоровья населения.</p> <p>ОПК-2.3. Знает и умеет реализовывать основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни.</p>

		<p>ОПК-2.4. Знает и умеет использовать в практической деятельности порядки оказания медицинской помощи взрослому населению и детям по профилю «Анестезиология-реаниматология»;</p> <p>ОПК-2.5. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи и основных медико-статистических показателей.</p> <p>ОПК-2.6 Знает организационно-экономические основы деятельности организаций здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины.</p>
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	<p>ОПК-3.1. Знает порядок организации и принципы осуществления педагогической деятельности по программам среднего профессионального и высшего медицинского образования.</p> <p>ОПК-3.2. Формулирует адекватные цели и содержание, формы, методы обучения и воспитания, использует инновационные, интерактивные технологии и визуализацию учебной информации.</p> <p>ОПК-3.3. Демонстрирует знание современных методов сердечно-легочной и церебральной реанимации, с целью проведения обучающих семинаров среди населения.</p> <p>ОПК-3.4. Осуществляет самообразовательную деятельность с целью профессионального и личностного роста.</p>
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>ОПК-4.1. Знает и владеет методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей).</p> <p>ОПК-4.2. Знает и владеет методикой физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).</p> <p>ОПК-4.3. Знает и умеет работать с клиническими рекомендация и со стандартами оказания медицинских услуг.</p> <p>ОПК-4.4. Знает патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>

		<p>ОПК-4.5. Знает и умет осуществлять диагностику заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;</p> <p>ОПК-4.6. Составляет алгоритм диагностики и обследования пациентов, нуждающихся в проведении анестезиологического пособия и/или находящихся в критическом состоянии.</p> <p>ОПК-4.7 Знает и умеет диагностировать критические состояния, обусловленные беременностью, родами и послеродовым периодом.</p> <p>ОПК-4.8. Знает и умеет использовать основы клинической фармакодинамики и фармакокинетики средств, применяемых в анестезиологии-реаниматологии;</p> <p>ОПК-4.9. Знает и умеет применять принципы мониторинга во время анестезии и у пациентов, находящихся в критическом состоянии.</p>
	<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ОПК-5.1. Знает и умеет применять современные методы лечения пациентов с заболеваниями и/или состояниями, требующими неотложной интенсивной терапии.</p> <p>ОПК-5.2. Знает клинические проявления болевых синдромом и знает их терапию, у взрослого населения и детей, фармакотерапию острой и хронической боли, оценку эффективности терапии болевого синдрома.</p> <p>ОПК 5.3. Знает и умеет оказывать медицинскую помощь в эпидемиологических очагах и очагах чрезвычайных ситуаций, в том числе участвовать в медицинской эвакуации.</p>
	<p>ОПК-6. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>ОПК-6.1. Знает виды медицинских экспертиз, правила и порядок исследования, направленного на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность.</p> <p>ОПК-6.2. Умеет устанавливает причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья.</p> <p>ОПК-6.3. Знает правила и порядок экспертизы временной</p>

		<p>нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями.</p> <p>ОПК-6.4. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи, с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи.</p> <p>ОПК-6.5. Владеет методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности и навыками составления плана работы и отчета о работе врача.</p> <p>ОПК-6.6. Знает и способен осуществить процедуру проведения медицинских экспертиз при оказании медицинской помощи по профилю «анестезиология – реаниматология».</p>
	<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 Способен проводить и контролировать проведение профилактических мероприятий на основе знаний государственной политики в области охраны здоровья, принципов и методов формирования здорового образа жизни у населения Российской Федерации (далее- РФ) и нормативно-правовых актов Российской Федерации, регламентирующих деятельность анестезиолого-реанимационной помощи.</p> <p>ОПК-7.2 Способен проводить и контролировать проведение профилактических мероприятий на основе знаний законодательства РФ в сфере охраны здоровья, санитарных правил и норм.</p> <p>ОПК-7.3 Способен проводить и контролировать проведение профилактических мероприятий, учитывая особенности организации медицинской помощи, по профилю «анестезиология и реаниматология», проводимые в экстренной, неотложной и плановой формах, а также комплекс реабилитационных мероприятий.</p> <p>ОПК-7.4 Способен проводить и контролировать проведение профилактических мероприятий, зная основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических организациях, скорой и неотложной медицинской помощи, медицины</p>

		катастроф, санитарно-эпидемиологического и лекарственного обеспечения населения. ОПК-7.4. Способен проводить и контролировать проведение профилактических мероприятий, соблюдая принципы профилактики и лечения основных осложнений анестезии и интенсивной терапии, а также возможных осложнений терапии болевых синдромов.
	ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-8.1. Владеет методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности и навыками составления плана работы и отчета о работе врача. ОПК-8.2. Владеет навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа. ОПК-8.3. Осуществляет контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала. ОПК-8.4. Способен, на основе медицинской статистики, учета и анализа основных показателей здоровья населения, порядка ведения учетно-отчетной документации разрабатывать направления по улучшению качества оказания анестезиолого-реанимационной помощи, в медицинской организации и ее структурных подразделениях.
	ОПК-9 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-9.1. Знает и владеет методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей). ОПК-9.2. Знает и владеет методикой физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). ОПК-9.3. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания. ОПК-9.4. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации.

3.3. Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения, установленные в соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2018 № 554н «Профессиональный стандарт «Врач-анестезиолог-реаниматолог» Зарегистрировано в Министерстве юстиции РФ 14 сентября 2018 года, регистрационный № 52161

Категория	Код и наименование	Код и наименование индикатора
-----------	--------------------	-------------------------------

профессиональных компетенций (обобщенная трудовая функция)	профессиональной компетенции (трудовая функция)	достижения профессиональной компетенции (трудовые действия)
<p>А. Оказание скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации</p>	<p>ПК-1. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации (А/01.8)</p>	<p>ПК-1.1. Знает этиологию, патогенез, клиническую картину, классификации, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и/или состояний, требующих неотложной интенсивной терапии вне медицинской организации. ПК-1.2. Знает и умеет использовать данные физикального обследования и лабораторно-инструментальной диагностики, применяемые врачом-анестезиологом-реаниматологом. ПК-1.3. Умеет интерпретировать и анализировать результаты обследования, устанавливать ведущий синдром и предварительный диагноз при заболеваниях и/или состояниях, требующих неотложной интенсивной терапии. ПК-1.4. Знает этиологию и патогенез, патоморфологию, клиническую картину, классификации, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний, требующих оказания реанимационной, в том числе специализированной, медицинской помощи.</p>
	<p>ПК-2 Назначение лечения при заболеваниях и (или) состояниях, требующих оказания скорой специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации, контроль его эффективности и безопасности (А/02.8)</p>	<p>ПК-2.1. Знает и умеет применять современные методы лечения пациентов с заболеваниями и/или состояниями, требующими неотложной интенсивной терапии вне медицинской организации. ПК-2.2. Знает и умеет предотвращать или устранять осложнения, побочные действия и нежелательные реакции, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и/или медицинских изделий у пациентов с заболеваниями и/или состояниями, требующими неотложной интенсивной терапии вне медицинской организации. ПК-2.3. Знает и умеет применять принципы медицинской сортировки при массовых заболеваниях, травмах, ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций и основы взаимодействия с экстренными оперативными службами. ПК-2.4. Может осуществлять мероприятия по</p>

		стабилизации / улучшению состояния пациента и мониторингу жизненно важных функций, в том числе во время транспортировки в профильную медицинскую организацию.
В Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара	ПК-3. Проведение обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, установление диагноза органной недостаточности (В/01.8)	ПК-3.1. Владеет навыками сбора жалоб и анамнеза, проведения физикального обследования пациентов и выполнения лабораторно-инструментальной диагностики в объеме, необходимом для определения операционно-анестезиологического риска. ПК-3.2. Знает этиологию и патогенез, патоморфологию, клиническую картину, классификации, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний, требующих оказания реанимационной, в том числе специализированной, медицинской помощи. ПК-3.3. Знает и умеет использовать методы сбора жалоб и анамнеза, физикального обследования и лабораторно-инструментальной диагностики, при заболеваниях и/или состояниях, требующих оказания реанимационной, в том числе специализированной, медицинской помощи. ПК-3.4. Умеет интерпретировать и анализировать результаты обследования, устанавливать ведущий синдром и предварительный диагноз, а также обеспечивать уточнение диагноза на койках краткосрочного пребывания в стационаре при заболеваниях и/или состояниях, требующих оказания реанимационной, в том числе специализированной, медицинской помощи. ПК-3.5. Владеет навыками сбора жалоб и анамнеза, проведения физикального обследования пациентов и выполнения лабораторно-инструментальной диагностики в объеме, необходимом для установления диагноза органной недостаточности.
	ПК-4. Назначение анестезиологического пособия пациенту, контроль его эффективности и безопасности; искусственное замещение, поддержание и восстановление	ПК-4.1. Знает и умеет применять современные методы анестезии при хирургическом лечении пациентов с заболеваниями и/или состояниями, требующими оказания скорой, в том числе, скорой специализированной, медицинской помощи. ПК-4.2. Знает современные фармакологические средства и их выбор и применение, при различных методах

	<p>временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента (В/02.8)</p>	<p>анестезии при хирургическом лечении пациентов в плановой, экстренной хирургии и амбулаторных вмешательствах. ПК-4.3. Знает современные методы мониторинга безопасности анестезии и умеет их применять, при различных методах анестезии при хирургическом лечении пациентов в плановой, экстренной хирургии и амбулаторных вмешательствах. ПК-4.4. Знает этиологию, патогенез, клинические синдромы нарушений деятельности жизненно-важных органов при состояниях, угрожающих жизни пациента. ПК-4.5. Владеет методиками искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента.</p>
	<p>ПК-5. Профилактика развития осложнений анестезиологического пособия, искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента (В/03.8)</p>	<p>ПК-5.1. Способен определить медицинские показания к своевременному оказанию медицинской помощи в стационарных условиях в отделения анестезиологии-реанимации. ПК-5.2. Знает и умеет предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие при различных методах анестезии при хирургическом лечении пациентов в плановой, экстренной хирургии и амбулаторных вмешательствах. ПК-5.3. Знает и умеет предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие при различных методах искусственного замещения, поддержания и восстановления нарушенных функций организма. ПК-5.5. Знает и умеет осуществлять мероприятия по профилактики 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. ПК-5.6. Знает и умеет осуществлять мероприятия по профилактики мероприятий, направленных на предупреждение трофических нарушений кожного покрова и тугоподвижности суставов.</p>
	<p>ПК-6. Назначение мероприятий медицинской</p>	<p>ПК-6.1. Владеет навыками первичной реабилитации в отделении реанимации и ИТ пациентов, перенесших угрожающие жизни</p>

	реабилитации и контроль их эффективности (В/04.8)	состояния. ПК-6.2. Владеет навыками первичной реабилитации в отделении реанимации и ИТ пациентов, перенесших временное искусственное замещение нарушенных функций организма. ПК-6.3. Владеет навыками мониторинга эффективности мероприятий первичной реабилитации пациентов в отделении реанимации и ИТ.
	ПК-7. Проведение медицинских экспертиз при оказании медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" (В/05.8)	ПК-7.1. Проведение отдельных видов медицинских экспертиз. ПК-7.2. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности. ПК-7.3. Подготовка медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу.

4. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура, содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену (этап 1), 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация проводится в два этапа:

1 этап - Подготовка к сдаче государственного экзамена (тестирование)	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях образовательной организации в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т. д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - Сдача государственного экзамена	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать

	информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование проводится в специально отведенной аудитории образовательной организации, предназначенной для проведения государственного экзамена.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация). Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

5. Критерии оценивания результатов Государственной итоговой аттестации

5.1. Критерии оценивания результатов тестирования

Оценивание результатов тестирования осуществляется по двухбалльной шкале:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

5.2. Критерии оценивания уровня освоения компетенций

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи

наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

6. Учебно-методическое обеспечение государственной итоговой аттестации

6.1. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания
1.	Сумин С. А., Шаповалов К.Г. Анестезиология-реаниматология: Учебник для подготовки кадров высшей квалификации: в 2 т. Т.1 / Сумин С. А., Шаповалов К.Г. и др. – Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. – 968 с : ил
2.	Сумин С. А., Шаповалов К.Г. Анестезиология-реаниматология: Учебник для подготовки кадров высшей квалификации: в 2 т. Т.1 / Сумин С. А., Шаповалов К.Г. и др. – Москва : ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. – 744 с : ил
3.	Интенсивная терапия : национальное руководство. Краткое издание : в 2т. / под ред. И.Б. Заболотских. Д.Н. Проценко. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР – Медиа, 2024. – Т.1. – 640 с. : ил. – (Серия «Национальные руководства»). – DOI : 10.33029/9704-7512-6-IT-2024-1-640.
4.	Интенсивная терапия : национальное руководство. Краткое издание : в 2т. / под ред. И.Б. Заболотских. Д.Н. Проценко. – 3-е изд. – Москва : ГЭОТАР – Медиа, 2024. – Т.2. – 544 с. : ил. – (Серия «Национальные руководства»). – DOI : 10.33029/9704-7513-3-IT-2024-1-544.
5.	Ингаляционная индукция и поддержание анестезии / под ред. В.В. Лихванцева.- М.: МИА, 2013.-319с.
6.	Мэскел, Н. Руководство по респираторной медицине / Н. Мэскел, Э. Миллар; пер. с англ. под ред. С.Н. Авдеева.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-600с.
7.	Рафмелл, Д.П. Регионарная анестезия: Самое необходимое в анестезиологии: пер. с англ. / Д.П. Рафмелл, Д.М. Нил, К.М. Вискоуми; под общ. ред. А.П. Зильбера, В.В. Мальцева.-3-е изд.- М.: МЕДпресс-информ, 2013.- 272с.
8.	Мамась А. Н. Анестезиология и интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии / А. Н. Мамась ; М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Учреждение образования "Витебский государственный медицинский университет", кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ФПК и ПК. — Витебск : ВГМУ, 2014. — 124 с.
9.	Степаненко С. М. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия у детей: учебник / [С. М. Степаненко и др.] ; под ред. проф. С. М. Степаненко. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 235 с.
10.	Морган Дж. Э. Клиническая анестезиология [Текст] : перевод с английского / Дж. Эдвард Морган-мл. [и др.] ; науч. ред. канд. мед. наук А. М. Цейтлин. Кн. 2 : Физиологические основы проведения анестезии. Анестезиологическое пособие. — 2014. — 408 с.
11.	Анестезиология: национальное руководство : краткое издание / под ред. акад. РАН А. А. Бунятына, проф. В. М. Мизикова ; подгот. под эгидой Федерации анестезиологов и реаниматологов и Ассоц. мед. о-в по качеству. —

	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 651 с.
12.	Стоун Дж. Наглядная анестезиология [Текст] / Джулиан Стоун, Уильям Фоусетт ; пер. с англ. А. В. Алексеева ; под ред. д-ра мед. наук В. А. Светлова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 112, [2] с.
13.	Полушин Ю. С. Основы анестезиологии и реаниматологии [Текст] : учебник для медицинских вузов / [Ю. С. Полушин и др.] ; под ред. чл.-кор. РАМН, профессора Ю. С. Полушина. — Санкт-Петербург : Н-Л, 2014. — 655 с.
14.	Автандилов, Г.Г. Оформление диагноза [Текст] / Г.Г. Автандилов, О.В. Зайратьянц, Л.В. Кактурский .- М.: Медицина, 2004 .- 304 с.
15.	Анестезиология / под ред. А.Р. Айткенхеда, Г. Смита, Д.Дж. Роуботама; пер. с англ. Под ред. М.С. Ветешевой.-М.: Рид Элсивер, 2010.-848с.
16.	Белкин, А.А. Транскраниальная доплерография в интенсивной терапии: метод. руководство для врачей / А.А. Белкин, А.М. Алашеев, С.Н. Инюшкин.- Петрозаводск: ИнтелТек, 2006.-103 с.
17.	Браун, Д.Л. Атлас регионарной анестезии: пер. с англ. / Д. Браун.- М.: Рид-Элсивер, 2009.-464с.
18.	Волчков, В.А. Болевые синдромы в анестезиологии и реаниматологии: учеб. пособие / В.А. Волчков, Ю.Д. Игнатов, В.И. Страшнов. -М.:Медпресс-информ, 2006.-320 с.:ил.
19.	Горохова, С.Г. Суточное мониторирование артериального давления. Особенности у больных сахарным диабетом и артериальной гипертонией: учеб. пособие / С.Г. Горохова, Е.Г. Старостина, А.А. Аракелянц.-М.:Ньюдиамед, 2006.-51 с.
20.	Грицук, С.Ф. Клиническая анестезиология и неотложная терапия / С.Ф. Грицук.- М.: SG-ART, 2004.-368 с.
21.	Дюк, Д. Секреты анестезии / Д. Дюк: пер.с англ.; под общ. ред. А.П. Зильбера, В.В. Мальцева.-2-е изд.- М.: МЕДпресс-информ, 2007.-552 с.: ил.
22.	Интенсивная терапия инфекционных больных / Т.М. Зубик, К.В. Жданов, А.Ю. Ковеленов, А.И. Левшанков.- СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010.- 300с.
23.	Интенсивная терапия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.-800 с.
24.	Кассиль, В.Л. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких: руководство для врачей / В.Л. Кассиль, М.А. Выжигина, Г.С. Лескин .- М.: Медицина, 2004 .- 480 с. : ил.
25.	Колотилов, Л.В. Редкие синдромы и болезни в анестезиологической практике: справочник / Л.В. Колотилов.-СПб.: Фолиант,2001.-272 с.
26.	Корячкин, В.А. Спинномозговая и эпидуральная анестезия: пособие для врачей / В.А. Корячкин, В.И. Страшнов.-3-е изд., перераб. и доп.-СПб.: СПб. Мед. изд-во,2000.-95 с.
27.	Купер, Н. Неотложные состояния: принципы коррекции / Н. Купер, К. Форрест, П. Крэмп: пер. с англ. - М.:Мед. лит., 2008.-216 с.:ил.
28.	Малрой, М. Местная анестезия : иллюстр. практ. руководство / М. Малрой : пер. с англ.- 2-е изд. -М.: Бином, 2005.- 301 с.:ил.
29.	Маневич, А.З. Интенсивная терапия, реаниматология, анестезиология / А.З. Маневич, А.Д. Плохой.-М.: Триада-Х, 2002.-380 с.
30.	Неотложная медицинская помощь / под ред. Дж. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза: Пер с англ.-М.:Медицина, 2001.-1016 с.: ил.
31.	Осипова, Н.А. Боль в хирургии. Средства и способы защиты / Н.А. Осипова, В.В. Петрова .-М.:МИА, 2013.-464 с.
32.	Практическое руководство по анестезиологии / под ред. В.В. Лихванцева.-М.: МИА, 1998.-288 с.: ил
33.	Рафмелл, Д.П. Регионарная анестезия: Самое необходимое в анестезиологии: пер. с

	англ. / Д.П. Рафмелл, Д.М. Нил, К.М. Вискоуми; под общ. ред. А.П. Зильбера, В.В. Мальцева.-3-е изд.- М.: МЕДпресс-информ, 2013.- 272с.: ил.
34.	Регионарные блокады в хирургии: руководство для врачей / И.А. Ибатуллин, А.Д. Тараско, Т.Т. Фаизов и др.-Казань, 2003.-336 с.
35.	Рациональная фармакотерапия неотложных состояний: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Б.С. Брискина, А.Л. Верткина .- М.:Литтерра,2007.-648 с.- (Сер.: Рациональная фармакотерапия)
36.	Алексеева, Л.А. ДВС-синдром: руководство / Л.А. Алексеева, А.А. Рагимов.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.-120с.: ил.
37.	Акунц, К.Б. Регионарное обезболивание / К.Б. Акунц.-М.:Триада-Х,2003.-120 с.
38.	Анестезиология и реаниматология: учебник для ВУЗов.-2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. О.А. Долиной.-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.-552 с.:ил.-(Сер.: «XXI век»).
39.	Буко, В.У. Метаболические последствия алкогольной интоксикации / В.У. Буко, О.Я. Лукивская, А.М. Хоха.-Минск: Бел. Наука, 2005.-207 с.
40.	Анестезиология. Как избежать ошибок / под ред. К. Маркуччи и др.; пер. с англ. под ред. В.М. Мизикова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-452 с.:ил.
41.	Гвиннут, К.Л. Клиническая анестезия / К.Л. Гвиннут; пер. с англ. А.Е. Любовой; под ред. С.В. Свиридова.- М.: Бином, 2011.- 301с.
42.	Жданов, Г.Г. Реанимация и интенсивная терапия: учебник для вузов / Г.Г. Жданов, А.П. Зильбер.-М.:Академия, 2007.-400 с.
43.	Анестезиология и интенсивная терапия: справочник практ. врача / под ред. Б.Р. Гельфанда.-М.:Литтерра, 2005.-544 с

6.2 Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», обеспечивающие доступ (удаленный доступ) к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, используемые в процессе освоения дисциплины

№ п/п	Наименование ресурса	Адрес сайта
1.	Центральная научная медицинская библиотека. Электронный библиотечный абонемент ЦНМБ	https://emll.ru/newlib/
2.	Консультант врача Электронная медицинская библиотека	http://www.rosmedlib.ru/
3.	Платформа медицинских знаний MEDBaseGeotar	https://mbasegeotar.ru/pages/index.html
4.	Информационно-образовательный проект №1	https://praesens.ru/
5.	Гарант – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;	https://www.garant.ru
6.	Справочно-правовая система «КонсультантПлюс»	http://www.consultant.ru/
7.	Медицинская статистика	http://medstatistic.ru/
8.	Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU	https://elibrary.ru/

7. Материально-техническое обеспечение государственной итоговой аттестации.

При реализации образовательной программы используются следующие компоненты материально-технической базы НИИ СП им. Н.В.Склифосовского:

1. Библиотечный фонд ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ.
2. Библиотечный фонд Центральной научной медицинской библиотеки ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет).
3. Ежегодно обновляемое лицензионное программное обеспечение Microsoft: Microsoft Office 2007 Russia Government OPEN Level C Microsoft Office Professional Plus 2007 Russia Government OPEN Level C, номер лицензии: 44801675 (бессрочная); Microsoft Office Professional Plus 2010 Russia Government OPEN 1 License Level A, номер лицензии: 47777193(бессрочная); Microsoft Windows Professional 7 Russian OPEN 1 License No Level Legalization Get Genuine Номер лицензии: 47762906 (бессрочная).
4. Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, практического типа, оснащенные мультимедийным оборудованием: (мультимедийный проектор, интерактивная доска, маркерная доска, автоматизированное рабочее место преподавателя, столами, стульями, наглядными учебно-методическими пособиями и типовыми наборами профессиональных моделей.
5. Учебная аудитория (компьютерный класс), оснащенная автоматизированными рабочими местами обучающихся, с доступом в электронную информационно-образовательную среду.
6. Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, расходным материалом.
7. Ординаторская (помещение для самостоятельной работы с подключением к сети «Интернет» и с доступом в электронную информационно-образовательную среду, в том числе с одновременным доступом не менее 25% обучающихся по программе ординатуры).

8. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

8.1. Примеры тестовых заданий (1 этап)

1. В КАЧЕСТВЕ АНЕСТЕТИКА В АППАРАТЕ АН-8 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. фторотан
2. фентанил
3. закись азота
4. кислород

2. В АППАРАТЕ АН-8 ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЗАКИСЬЮ АЗОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ КОНТУР

1. открытый
2. полуоткрытый
3. полужакрытый
4. закрытый

3. КОНТУР НАРКОЗНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛУОТКРЫТЫМ, ЕСЛИ ПРОИСХОДИТ

1. вдох анестетика из атмосферы и его выдох в атмосферу
2. вдох анестетика из аппарата и его выдох в атмосферу

3. вдох анестетика из аппарата и его выдох частично в аппарат, частично в атмосферу
4. вдох анестетика из аппарата и его выдох в аппарат

4. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ МЕШОК В АППАРАТЕ АН-8 ПРИМЕНИМ ДЛЯ

1. сбора выдыхаемой закиси азота
2. измерения минутного объема дыхания
3. проведения искусственной вентиляции легких
4. наблюдения за характером спонтанного дыхания

5. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ЗАКИСЬЮ АЗОТА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ

1. остром инфаркте миокарда
2. переломе трубчатых костей
3. пневмотораксе
4. закрытой травме живота

6. ПРИ РАЗВИТИИ ВОЗБУЖДЕНИЯ ВО ВРЕМЯ МАСОЧНОГО НАРКОЗА ЗАКИСЬЮ АЗОТА НЕОБХОДИМО

1. начать искусственную вентиляцию легких
2. уменьшить концентрацию анестетика
3. ввести мочегонные препараты
4. увеличить концентрацию анестетика

7. ЗАКИСЬ АЗОТА ЯВЛЯЕТСЯ

1. сильным наркотиком со слабым анальгезирующим действием
2. слабым наркотиком с выраженным анальгезирующим действием
3. сильным наркотиком и анальгетиком
4. слабым наркотиком и анальгетиком

8. АНАЛЬГЕЗИЯ ПРИ ВДЫХАНИИ ЗАКИСНО-КИСЛОРОДНОЙ СМЕСИ В СООТНОШЕНИИ 2:1

1. развивается при первом вдохе
2. развивается через 30-60 секунд
3. развивается через 2-3 минуты
4. не наступает

9. ПРОВЕДЕНИЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЗАКИСЬЮ АЗОТА ПРИ ОТСУТСТВИИ КИСЛОРОДА

1. безопасно
2. противопоказано
3. возможно только после введения оксибутирата натрия
4. возможно только после интубации трахеи

10. ПРИ КОНЦЕНТРАЦИИ ЗАКИСИ АЗОТА ВО ВДЫХАЕМОЙ СМЕСИ БОЛЕЕ 75% РАЗВИВАЕТСЯ

1. фибрилляция желудочков
2. болевой синдром
3. гипоксия
4. токсическое поражение печени

11. УСИЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ЗАКИСИ АЗОТА ДОСТИГАЕТСЯ

1. увеличением концентрации закиси азота более 80% во вдыхаемой смеси
2. введением внутривенно транквилизаторов, оксибутирата натрия или анальгетиков
3. снижением концентрации закиси азота менее 50% во вдыхаемой смеси

4. увеличением потока закиси азота и кислорода до 20 литров в минуту

12. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КЕТАМИНА В ДОЗЕ 1-2 МГКГ РАЗВИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЭФФЕКТЫ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. снижение систолического артериального давления
2. тахикардия
3. угнетение сознания
4. выраженная анальгезия

13. ТРАВМАТИЧНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ НАПРИМЕР, ИНТУБАЦИЮ ТРАХЕИ ИЛИ ТРАНСПОРТНУЮ ИММОБИЛИЗАЦИЮ ПОСЛЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ КЕТАМИНА НАЧИНАЮТ ЧЕРЕЗ

1. 10-15 секунд
2. 30-40 секунд
3. 1-2 минуты
4. 4-5 минут

14. ВВЕДЕНИЕ АТРОПИНА ПЕРЕД КЕТАМИНОМ ПРЕДОТВРАЩАЕТ

1. повышение артериального давления
2. урежение ритма дыхания
3. возникновение галлюцинаций
4. гиперсаливацию

15. ВВЕДЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ ПЕРЕД КЕТАМИНОМ ПРЕДОТВРАЩАЕТ

1. угнетение сознания
2. урежение ритма дыхания
3. возникновение галлюцинаций
4. гиперсаливацию

16. НАИБОЛЕЕ КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИМ АНАЛЬГЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. кеторолак
2. морфин
3. трамадол
4. фентанил

17. ПРИ ВВЕДЕНИИ МОРФИНА (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. снижается глубина дыхания
2. снижается частота дыхания
3. урежается пульс
4. развивается миоз

18. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ФЕНТАНИЛА МАКСИМАЛЬНЫЙ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

1. 20-30 секунд
2. 1-2 минуты
3. 3-5 минут
4. 10-15 минут

19. АНАЛЬГЕТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНТАНИЛА ПРОДОЛЖАЕТСЯ

1. 5-10 минут
2. 30 минут
3. 1 час

4. 3 часа

20. ТРАМАДОЛ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. обладает меньшей, по сравнению с морфином, анальгетической активностью
2. не вызывает депрессию дыхания
3. не вызывает тошноту и рвоту
4. может сочетаться с наркотическими и ненаркотическими анальгетиками

21. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. кеторолак
2. метамезол анальгин
3. трамадол
4. диклофенак

22. НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. приступе почечной колики
2. вторичном корешковом синдроме
3. сочетании переломов костей с закрытой травмой живота
4. плеврите

23. В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРЕЛОМА БЕДРА С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ

1. кеторолак
2. морфин
3. трамадол
4. фентанил

24. В КАЧЕСТВЕ АНАЛЬГЕТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КРУПНЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ТРАВМЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ

1. кеторолак
2. морфин
3. трамадол
4. фентанил

25. ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ ВВОДЯТСЯ ВМЕСТЕ С АНАЛЬГЕТИКАМИ ДЛЯ

1. потенцирования обезболивающего эффекта
2. профилактики артериальной гипотензии
3. профилактики депрессии дыхания
4. профилактики угнетения сознания

26. АТАРАЛГЕЗИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

1. реланиум и фентанил
2. атропин и морфин
3. фентанил и дроперидол
4. реланиум и димедрол

27. НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ КОМБИНАЦИЯ СЛЕДУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ

1. реланиум и фентанил
2. атропин и морфин
3. дроперидол и фентанил
4. дроперидол и димедрол

28. ГЛЮКОКОРТИКОИДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ ПРИ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. анафилактическом шоке
2. астматическом статусе
3. Травме спинного мозга
4. остром инфаркте миокарда

29. ПЕРЕД НАЧАЛОМ КАПЕЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ДОПАМИНА НЕОБХОДИМО

1. промыть желудок с помощью зонда
2. выполнить интубацию трахеи
3. провести инфузионную терапию при гиповолемии
4. внутривенно ввести атропин

30. К КОЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

1. полиглюкин
2. 5% раствор глюкозы
3. 20% раствор глюкозы
4. ацесоль

31. К КОЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. раствор гидроксиэтилкрахмала
2. полиглюкин
3. реополиглюкин
4. дисоль

32. НАИМЕНЬШИМ ВЛИЯНИЕМ НА СВЕРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМУ КРОВИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КОЛЛОИДНЫХ ИНФУЗИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ

1. раствор гидроксиэтилкрахмала 4500.7
2. раствор гидроксиэтилкрахмала 2000.5
3. раствор гидроксиэтилкрахмала 1300.4
4. полиглюкин

33. К КРИСТАЛЛОИДНЫМ ИНФУЗИОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

1. полиглюкин
2. реополиглюкин
3. желатиноль
4. 0,9% раствор натрия хлорида

34. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ПРИЗНАКОМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отсутствие пульса на сонных артериях
2. отсутствие самостоятельного дыхания
3. широкие зрачки
4. отсутствие сознания

35. ПРИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ У ПАЦИЕНТА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ПРОВЕРИТЬ

1. реакцию зрачков на свет
2. наличие самостоятельного дыхания
3. пульс на лучевой артерии
4. пульс на сонных артериях

36. МАКСИМАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ЗРАЧКОВ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОСТАНОВКЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ

1. 5-10 секунд
2. 15-20 секунд
3. 30-60 секунд
4. 2-3 минуты

37. К ВИДАМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. полная атриовентрикулярная блокада
2. электромеханическая диссоциация
3. фибрилляция желудочков
4. асистолия

38. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ОСТАНОВКА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ

1. полной атриовентрикулярной блокадой
2. асистолией
3. фибрилляцией желудочков
4. синусовой тахикардией

39. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОБЫЧНЫХ УСЛОВИЯХ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ СОСТАВЛЯЕТ

1. 1 минуту
2. 3 минуты
3. 5 минут
4. 15 минут

40. РАННИМ ПРИЗНАКОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отсутствие сознания
2. трупное окоченение
3. положительный симптом кошачьего зрачка
4. асистолия

41. ПРИЧИНОЙ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. инородное тело
2. западение корня языка
3. ларингоспазм
4. отек верхних дыхательных путей

42. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

1. устранения западения корня языка
2. профилактики аспирации желудочного содержимого
3. удаления инородного тела из дыхательных путей
4. стабилизации шейного отдела позвоночника

43. ПРИЧИНОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОЙНОГО ПРИЕМА САФАРА ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНОГО В КОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. инородное тело
2. депрессия дыхательного центра ствола головного мозга
3. ларингоспазм
4. отек верхних дыхательных путей

44. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ МЕТОДОМ РОТ В РОТ ЯВЛЯЕТСЯ

1. удобство проведения для реаниматора
2. возможность применения этого метода в любых условиях
3. обеспечение дыхательной смеси, обогащенной кислородом
4. возможность точной регулировки параметров искусственного дыхания

45. ПРЕИМУЩЕСТВОМ МАСОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

1. техническая простота подсоединения аппарата к больному
2. надежность поддержания герметичности дыхательных путей
3. предупреждение асфиксии вследствие западения корня языка
4. предупреждение аспирации рвотных масс

46. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ЧЕРЕЗ ИНТУБАЦИОННУЮ ТРУБКУ ОТНОСИТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. обеспечение стабильной проходимости дыхательных путей
2. предупреждение бронхоспазма
3. профилактика аспирации желудочного содержимого
4. герметичность дыхательных путей

47. О ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1. видимое взбухание в эпигастрии
2. наличие экскурсии грудной клетки
3. парадоксальный пульс на сонных артериях
4. видимое набухание шейных вен

48. ПРИЧИНОЙ ОТСУТСТВИЯ ЭКСКУРСИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ДЫХАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. западение корня языка
2. наличие инородного тела в верхних дыхательных путях
3. чрезмерный дыхательный объем
4. нарушение герметичности дыхательных путей

49. О ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1. видимое набухание шейных вен
2. наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
3. перелом ребер

4. наличие пульса на лучевой артерии

50. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1. отсутствие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий грудной клетки
2. сухие склеры глазных яблок
3. регистрация артериального давления 400 мм рт.ст.
4. восстановление рефлексов и сужение зрачков

51. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЕМ УСПЕШНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ КОМПЛЕКСА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий
2. восстановление сердечной деятельности
3. восстановление сознания
4. положительный симптом кошачьего зрачка

52. КОМПРЕССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ЧАСТОТОЙ

1. 40-50 в минуту
2. 60-70 в минуту
3. 80-100 в минуту
4. 110-120 в минуту

53. НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРЕКРАЩАЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. всегда через 30 минут после его начала
2. при восстановлении сердечной деятельности
3. при появлении признаков биологической смерти
4. При возникновении реальной опасности для проводящего реанимационное пособие опасность взрыва или обрушения

54. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА И ИСКУССТВЕННОЕ ДЫХАНИЕ ПРОВОДЯТСЯ В СООТНОШЕНИИ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО СОВЕТА ПО РЕАНИМАЦИИ, 2005

1. 30:2 при любом количестве реаниматоров
2. 15:2 при любом количестве реаниматоров
3. 15:2 только при оказании помощи одним реаниматором
4. 5:1 при оказании помощи двумя реаниматорами

55. ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. внутривенно
2. эндотрахеально
3. внутримышечно
4. внутрисердечно

56. СУММАРНАЯ ДОЗА АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ВЗРОСЛОМУ

1. составляет 1 мл 0,1 % раствора
2. составляет 3 мл 0,1% раствора

3. составляет 5 мл 0,1% раствора
4. не ограничена

57. СТРУЙНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ КАЛЬЦИЯ ПОКАЗАНО

1. всегда при асистолии
2. при асистолии, обусловленной гиперкалиемией
3. всегда при фибрилляции желудочков
4. при фибрилляции желудочков, обусловленной острым инфарктом миокарда

58. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ЭФФЕКТИВНА ПРИ РЕГИСТРАЦИИ НА ЭКГ

1. асистолии
2. идиовентрикулярного ритма
3. крупноволновой фибрилляции желудочков
4. полной атриовентрикулярной блокады

59. ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ МОНОФАЗНЫМ ИМПУЛЬСОМ У ВЗРОСЛОГО НАЧИНАЮТ С РАЗРЯДА СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО СОВЕТА ПО РЕАНИМАЦИИ, 2005

1. 500 Дж
2. 360 Дж
3. 200 Дж
4. 50 Дж

60. ЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЮ БИФАЗНЫМ ИМПУЛЬСОМ У ВЗРОСЛОГО НАЧИНАЮТ С РАЗРЯДА СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО СОВЕТА ПО РЕАНИМАЦИИ, 2005

1. 300 Дж
2. 200 Дж
3. 150 Дж
4. 50 Дж

8.2. Примеры практических заданий (1 этап)

1. ИВЛ: простейшими методами ("рот-в-рот", "рот-в-нос").
2. ИВЛ: вручную через маску или интубационную трубку с помощью аппарата для ИВЛ, портативного респиратора.
3. ИВЛ: инъекционным методом, с помощью ларингеальной маски.
4. Непрямой массаж сердца.
5. Мониторирование жизненно важных функций.
6. Катетеризация мочевого пузыря.
7. Венпункция.
8. Венесекция.
9. Катетеризация периферических.
10. Катетеризация центральных вен.
11. Определение группы и Rh-принадлежности крови (индивидуальной совместимости).
12. Экспресс-диагностика нарушений свертывания крови.
13. Диагностика клинической смерти.
14. Оценка уровня сознания.
15. Оценка дыхания.
16. Оценка кровообращения.

17. Обеспечение проходимости дыхательных путей посредством установки воздуховода Гведела.
18. Расчеты дефицита воды, электролитов, нарушений белкового и углеводного обмена, КЩС, гемоглобина и гематокрита и коррекция этих нарушений.
19. Терапия синдромов острой дыхательной недостаточности.
20. Терапия малого сердечного выброса.
21. Терапия коагулопатий.
22. Терапия дисгидрий.
23. Терапия экзо- и эндотоксикоза.
24. Терапия белково-энергетической недостаточности.
25. Проведение премедикации.
26. Вибрационный массаж грудной клетки.
27. Запись и расшифровка ЭКГ и ЭЭГ.
28. Измерение ЦВД.
29. Обеспечение проходимости дыхательных путей без дополнительных приспособлений (создание определенного положения головы, шеи, нижней челюсти).
30. Обеспечение проходимости дыхательных путей воздуховодом.
31. Обеспечение проходимости дыхательных путей ларингеальной маской.
32. Обеспечение проходимости дыхательных путей ларингеальной трубкой.
33. Интубация трахеи методом прямой ларингоскопии через рот и носовые ходы.
34. Прижатие пищевода в области шеи (прием Селлика).
35. Пункция спинального пространства.
36. Пункция эпидурального пространства.
37. Ктетеризация эпидурального пространства.
38. Установка зонда в желудок орогастральным способом.
39. Установка зонда в желудок назогастральным способом.
40. Артериопункция.
41. Артериосекция.
42. Пункция плевральной полости.
43. Дренажирование плевральной полости.
44. Определение критериев прекращения реанимации.
45. Проведение электроимпульсной терапии монофазным дефибриллятором.
46. Проведение электроимпульсной терапии бифазным дефибриллятором.
47. Проведение медикаментозной дефибрилляции.
48. Прямая лариноскопия.
49. Верификация положения эндотрахеальной трубки.
50. Неотложные мероприятия при различных формах шока.
51. Неотложные мероприятия при осложненных формах инфаркта миокарда.
52. Форсированный диурез.
53. Лечебная бронхоскопия и промывание бронхов при аспирационном синдроме.
54. Лечебная бронхоскопия и промывание бронхов при бронхиальной обструкции.
55. Интубация трахеи методом прямой ларингоскопии, в слепую через рот и носовые ходы под наркозом и местной анестезией.
56. Внутрисердечное введение медикаментов.
57. Пункция трахеи.
58. Трахеостомия.
59. Коникотомия.
60. Электростимуляция.
61. Электродефибрилляция.
62. Проведение интенсивной терапии при септических состояниях.
63. Проведение интенсивной терапии при политравме.
64. Проведение интенсивной терапии при остром инфаркте миокарда.

65. Проведение интенсивной терапии экзогенных отравлений этанолом.
66. Проведение интенсивной терапии при диабетическом кетоацидозе.
67. Проведение интенсивной терапии в восстановительном периоде после оживления.
68. Проведение реанимации при клинической смерти.
69. Местная аппликационная анестезия.
70. Местная инфильтрационная анестезия.
71. Местная футлярная анестезия.
72. Местная проводниковая анестезия.
73. Местная эпидуральная анестезия.
74. Местная спинальная анестезия.
75. Провести по показаниям ингаляционный наркоз масочным и эндотрахеальным способом.
76. Провести по показаниям внутривенный наркоз масочным и эндотрахеальным способом.
77. Провести по показаниям комбинированный наркоз масочным и эндотрахеальным способом.
78. Провести по показаниям наркоз с отдельной и эндотрахеальной интубацией, при искусственной вентиляции легких.
79. Провести по показаниям наркоз с отдельной и эндотрахеальной интубацией при самостоятельном дыхании.
80. Провести по показаниям комбинированную электроаналгезию.
81. Провести по показаниям чрескожную электронейростимуляцию.
82. Провести по показаниям внутривенную анестезию инфузионным (капельным) способом с использованием аппаратов для длительных дозированных инфузий.
83. Провести по показаниям проводниковую анестезию: блокаду нервов и нервных сплетений.
84. Провести по показаниям проводниковую анестезию: верхней и нижней конечности.
85. Провести по показаниям проводниковую анестезию: эпидуральную (на различных уровнях обычную и продленную с катетером).
86. Провести по показаниям проводниковую анестезию: спинальную.
87. Провести по показаниям проводниковую анестезию: эпидуральную анальгезию введением морфина для обезболивания в послеоперационном периоде при болевых синдромах.

8.3. Примерные вопросы, выносимые на государственный экзамен (2 этап)

1. Общие требования к безопасности анестезии: электробезопасность, риск взрывов и пожаров в операционной, медицинские газы и системы газоснабжения, микроклимат операционной.
2. Устройство наркозного аппарата, дыхательные контуры, подходы к респираторной поддержке во время анестезии.
3. Интраоперационный мониторинг: Гарвардский стандарт мониторинга, минимальные требования.
4. Компоненты, стадии и этапы общей анестезии. Профилактика осложнений общей анестезии.
5. Принципы обследования больного перед плановым анестезиологическим пособием и риск анестезии, общие и частные подходы к премедикации. Антибактериальная профилактика перед операцией.
6. Осложнения общей анестезии: дыхательные осложнения, злокачественная гипертермия, электролитные нарушения, гипотермия, позиционные осложнения, анафилактикоидные реакции.
7. Физиология боли: ноцицептивные и антиноцицептивные системы. Типы боли.

8. Анестезия при сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваниях.
9. Анестезия при сопутствующих заболеваниях системы дыхания.
10. Анестезия при сопутствующих заболеваниях печени и почек.
11. Анестезия при сопутствующих неврологических и психических заболеваниях.
12. Послеоперационный период: ведение пациентов в блоке посленаркозного наблюдения. Факторы операционного стресса и фазы послеоперационного периода.
13. Спинальная анестезия. Препараты, техника выполнения. Осложнения. Особенности распространения анестетика в субарахноидальном пространстве. Адьюванты.
14. Эпидуральная анестезия. Препараты, варианты техники выполнения и уровень проведения. Адьюванты. Осложнения эпидуральной анестезии и их диагностика.
15. Паравerteбральная, сакральная (каудальная) и внутривенная анестезия. Техника «катетер в ране». Техника, осложнения, преимущества.
16. Внутривенная регионарная анестезия, блокада поперечного пространства живота.
17. Регионарные методы анестезии при вмешательствах в области верхних конечностей. Техника выполнения, осложнения, дозирование препаратов.
18. Регионарные методы анестезии при вмешательствах в области нижних конечностей. Техника выполнения, осложнения, дозирование препаратов.
19. Общие противопоказания к регионарным и нейроаксиальным методам анестезии. Признаки токсичности местных анестетиков, методы терапии.
20. Клиническая фармакология ингаляционных (внутривенных) анестетиков (барбитураты, кетамин, пропофол, бензодиазепины). Побочные эффекты.
21. Клиническая фармакология ингаляционных анестетиков.
22. Клиническая фармакология опиоидов.
23. Клиническая фармакология миорелаксантов. Фармакологические группы, декураризация.
24. Клиническая фармакология местных анестетиков. Фармакологические группы, токсичность местных анестетиков.
25. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы и М-холиноблокаторы.
26. Анестезия при кардиохирургических вмешательствах. Кардиopleгия и основы искусственного кровообращения. Принципы ведения больных в послеоперационном периоде.
27. Анестезия при торакальных вмешательствах: изоляция легких и односторонняя вентиляция. Принципы ведения больных в послеоперационном периоде.
28. Анестезия при нейрохирургических вмешательствах. Принципы ведения больных в послеоперационном периоде.
29. Анестезия при ЛОР-вмешательствах и в лапароскопической хирургии.
30. Анестезия в эндокринной хирургии, осложнения и ведение послеоперационного периода.
31. Особенности анестезии в неонатологии.
32. Особенности анестезии в педиатрии.
33. Особенности анестезии в акушерстве. Анестезия при кесаревом сечении. Тактика анестезиолога при акушерских осложнениях.
34. Анестезия при вмешательствах на крупных сосудах, аорте и рентгенохирургических вмешательствах.
35. Клиническая физиология системы кровообращения. Основные методы обследования и параметры гемодинамического мониторинга. Мониторинг системы кровообращения в ОИТ.
36. Клиническая физиология системы дыхания. Основные методы обследования и параметры респираторного мониторинга. Мониторинг системы дыхания в ОИТ.
37. Клиническая физиология почек. Основные методы обследования, мониторинг функции мочевыделительной системы в ОИТ.

38. Клиническая физиология печени. Основные методы обследования, мониторинг функции печени в ОИТ.
39. Уход за больным в отделении интенсивной терапии, профилактика инфекционных, позиционных и прочих осложнений интенсивной терапии.
40. Искусственное питание в отделениях интенсивной терапии. Парентеральное и энтеральное питание, показания, осложнения, препараты. Контроль адекватности нутриционной поддержки.
41. Общие принципы мониторинга у больных в отделениях интенсивной терапии: методы мониторинга, показания, техника. Неинвазивный мониторинг гемодинамики.
42. Инвазивный мониторинг гемодинамики. Инвазивный мониторинг артериального давления, центрального венозного давления, катетеризация легочной артерии. Измерение сердечного выброса, волюметрический мониторинг, прогнозирование эффекта инфузионной нагрузки.
43. Катетеризация центральных вен и артерий. Техника, показания, противопоказания, осложнения и их диагностика.
44. Инфузионная терапия в ОИТ: общие принципы, классификация сред, тактика инфузионной терапии и ее осложнения.
45. Восстановление проходимости дыхательных путей. Интубация трахеи, техника и прогнозирование сложности интубации. Коникотомия и трахеостомия, техника и показания.
46. Искусственная вентиляция легких в интенсивной терапии: методы, алгоритмы и режимы ИВЛ, общие подходы к профилактике респираторных осложнений.
47. Отлучение и прекращение искусственной вентиляции легких. Методы прогнозирования возможности перевода на спонтанное дыхание и экстубации. Рекрутмент легких, гигиена дыхательных путей.
48. Седация в ОИТ: препараты и методы, клиническая фармакология, алгоритмы мониторинга седации.
49. Методы послеоперационного обезболивания, концепция мультимодальной анальгезии.
50. Причины и типы внезапной остановки кровообращения. Типы аритмий, диагностика остановки кровообращения.
51. Алгоритмы базового и квалифицированного поддержания жизни при внезапной остановке кровообращения.
52. Принципы ведения послереанимационного периода, церебральная реанимация и нейропротекция.
53. Тактика СЛР при частных видах остановки кровообращения: утопление, гипотермия, ОК у беременных (реанимационное кесарево сечение).
54. Электроимпульсная терапия: кардиоверсия и кардиостимуляция – методы, показания, техника проведения.
55. Тактика дифференциальной терапии при угрожающих жизни аритмиях: алгоритмы действий ERC при угрожающих жизни тахикардиях и брадикардиях.
56. Остановка кровообращения в педиатрии и неонатологии: причины, алгоритмы квалифицированной помощи.
57. Острый инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия. Типы ОИМ, диагностика и дифференциальная диагностика, методы лечения. Методы реваскуляризации и тромболитическая терапия.
58. Острый миокардит, перикардит и кардиопатии. Причины, диагностика, принципы интенсивной терапии. Принципы лечения кардиогенного шока. Внутриаортальная баллонная контрпульсация.
59. Тромбоэмболия легочной артерии. Профилактика, этиология, патогенез, клиника и диагностика, интенсивная терапия.

60. Острые нарушения мозгового кровообращения. Инсульты и субарахноидальное кровоизлияние. Этиология, классификация, клиника, диагностика, методы интенсивной терапии и реабилитации. Тромболитическая терапия при ОНМК.
61. Хронические обструктивные заболевания легких. Классификация. Принципы фармакотерапии обострений бронхиальной астмы и хронического бронхита. Тактика респираторной поддержки: показания к переводу на ИВЛ, особенности прекращения ИВЛ.
62. Шок – определения, патогенез и диагностика. Мониторинг гемодинамики при шоке. Общие принципы ведения пациентов с шоком и профилактика реанимационных осложнений.
63. Особенности шоковых состояний: геморрагический, травматический, ожоговый, кардиогенный, септический, анафилактический шоки.
64. Сепсис – патогенез, диагностика и классификация. Принципы терапии сепсиса и септического шока. Стандарты *Surviving Sepsis Campaign 2012*.
65. Аллергические и иммунологические реакции в ОИТ. Патогенез и особенности клинических проявлений. Синдром острого эпидермолиза, отек Квинке, анафилактический шок, анафилактоидные реакции в анестезии. Диагностика и интенсивная терапия.
66. Острые кровотечения в практике анестезиолога и реаниматолога. Компонентная заместительная терапия. Стандартные показания к переливанию эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, тромбоцитарной взвеси. Фармакотерапия коагулопатий.
67. Нарушения гемостаза в ОИТ: физиология системы свертывания и принципы лабораторного исследования гемостаза. Тромбофилии, коагулопатии и ДВС-синдром. Принципы диагностики и лечения.
68. Острая дыхательная недостаточность, этиология, патогенез и классификация. Принципы диагностики и интенсивной терапии.
69. Острое повреждение легких и респираторный дистресс синдром. Этиология, критерии диагностики, классификация, принципы диагностики и интенсивной терапии. Особенности респираторной поддержки и мониторинга.
70. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, варианты и типы острого повреждения почек. Диагностика (критерии RIFLE) и дифференциальная диагностика. Терапия, общие принципы и методы заместительной почечной терапии.
71. Острая печеночная недостаточность. Этиология и патогенез, классификация по степеням тяжести. Печеночная энцефалопатия и печеночная кома. Терапия, общие принципы и методы заместительной терапии.
72. Нарушения кислотно-щелочного состояния (КЩС). Физические основы и общие принципы диагностики, параметры, характеризующие КЩС. Респираторные нарушения КЩС: причины, диагностика и лечение. Концепция допустимой гиперкапнии.
73. Метаболические нарушения КЩС: ацидоз и алкалоз. Причины, диагностика, дифференциальная диагностика и интенсивная терапия. Анионный интервал.
74. Сахарный диабет и его осложнения в практике реаниматолога. Терапия диабетического кетоацидоза.
75. Заболевания надпочечников щитовидной железы в практике реаниматолога. Этиология, диагностика и принципы терапии.
76. Нарушения водно-электролитного баланса. Нарушения баланса натрия, причины, клинические проявления и методы коррекции гипонатриемии; возможные осложнения. Несахарный диабет, синдром неадекватной выработки АДГ и ассоциированные расстройства.
77. Нарушения баланса калия и магния. Клинические проявления, диагностика и интенсивная терапия.

78. Нарушения баланса кальция и фосфора в ОИТ. Клинические проявления, диагностика и интенсивная терапия.
79. Гипертермия у пациентов ОИТ – определения, причины и дифференциальная диагностика. Подходы к антибактериальной терапии у пациентов ОИТ, контроль эффективности антибактериальной терапии.
80. Тяжелая черепно-мозговая травма. Принципы диагностики и интенсивной терапии. Профилактика дислокационных осложнений. Ведение пациентов с переломом шейного отдела позвоночника. Диагностика смерти мозга.
81. Тяжелая сочетанная и комбинированная травма; травмы грудной клетки. Осложнения и их диагностика. Принципы ведения пациентов с тяжелой сочетанной и торакальной травмой.
82. Обширные термические повреждения. Этиология, диагностика и интенсивная терапия. Ожог дыхательных путей.
83. Кровотечение из желудочно-кишечного тракта. Виды и источники кровотечений, классификация по степеням тяжести, дифференциальная диагностика. Подходы к консервативному и оперативному лечению.
84. Острый некротический панкреатит. Этиология, клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика, терапия.
85. Общие принципы лечения отравлений. Стадии острых отравлений. Наиболее распространенные отравления в практике реаниматолога и их дифференциальная диагностика.
86. Энтеральные отравления: суррогаты алкоголя, уксусная эссенция, соли тяжелых металлов, парацетамол, бета-блокаторы, антидепрессанты, сердечные гликозиды.
87. Прочие отравления: угарный газ, хлор, углеводороды, метгемоглобинообразователи, опиоиды, фосфорорганические соединения.
88. Отравление растительными и животными (укусы ядовитых животных) ядами. Диагностика и принципы интенсивной терапии.
89. Особенности ведения пациентов с иммунодефицитом. СПИД-ассоциированные инфекции и принципы их терапии.
90. Отдельные состояния в акушерстве: преэклампсия и эклампсия, HELLP-синдром, эмболия околоплодными водами, акушерское кровотечение.

8.4. Примерные ситуационные задачи.

Задача 1.

У больного во время переливания в/в. капельно раствора гидролизата казеина отмечены озноб, затруднение дыхания, слабость, головокружение, сердцебиение, одышка, угнетение сознания, снижение артериального давления до 90/60 мм.рт.ст.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. К какой группе кровезаменителей относится данный препарат?
3. Дайте полную классификацию кровезаменителей.
4. Действие медицинской сестры при данном осложнении?
5. Лечебные мероприятия?

Эталоны ответов.

1. Анафилактический шок.
2. Белковые кровезаменители.
3. гемодинамического (противошокового) действия, дезинтоксикационного действия, для парентерального питания:
 - а) углеводы
 - б) белковые кровезаменители, аминокислоты
 - в) жировые эмульсии

г) водно-электролитные растворы

д) спирты

4. Прекратить вливание гидролизата казеина, вызвать врача.

5. Введение антигистаминных препаратов, гормонов, противошоковых кровезаменителей в/в капельно, увлажненный кислород, теплые грелки к ногам, кардиотоники.

Задача 2.

Пациент К., 44 лет, находится в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит. До госпитализации в течение 4 дней злоупотреблял алкоголем. В результате проведенной консервативной терапии болевой синдром купирован, отмечена незначительная положительная динамика в состоянии, однако сохраняются выраженные явления интоксикации.

1. Плазмозамещающие растворы какой группы следует включить в инфузионную терапию?

2. Классификация кровезаменителей.

3. Показано ли данному пациенту проведение парентерального питания?

4. Какие возможные осложнения при переливании кровезаменителей Вы знаете?

5. Что такое биологическая проба и следует ли её проводить при переливании кровезаменителей?

Ответ:

1. Плазмозамещающие растворы дезинтоксикационного действия

2. Гемодинамические, дезинтоксикационные, препараты для парентерального питания, регуляторы кислотно-основного состояния и водно-солевого баланса.

3. Нет, не показано

4. Аллергические реакции, пирогенные реакции

5. Переливание начинают с того, что переливают в три этапа по 10-15 мл трансфузионной/инфузионной среды струйно с интервалом в 3 мин. При отсутствии реакции можно продолжать переливание. Биологическая проба ДОЛЖНА выполняться при переливании кровезаменителей.

Задача 3.

У пациента с разлитым фибринозно-гнойным перитонитом в результате перфорации язвы желудка в послеоперационном периоде в анализе крови отмечены выраженные нарушения кислотно-основного состояния.

1. Какой вид инфузионной терапии показан данному пациенту с целью нормализации кислотно-основного состояния?

2. Какие препараты для коррекции кислотно-основного состояния Вы знаете?

3. Классификация плазмозамещающих растворов (кровезаменителей).

4. Какие возможные реакции при инфузии препаратов кровезаменителей Вы знаете?

5. Что такое биологическая проба и следует ли её проводить при переливании кровезаменителей?

Ответ:

1. Переливание препаратов для коррекции кислотно-основного состояния

2. 5-7% р-р бикарбоната натрия, 3% р-р трисамина

3. Гемодинамические, дезинтоксикационные, препараты для парентерального питания, регуляторы кислотно-основного состояния и водно-солевого баланса.

4. Аллергические, пирогенные, токсические реакции

5. Переливание начинают с того, что переливают в три этапа по 10-15 мл трансфузионной/инфузионной среды струйно с интервалом в 3 мин. При отсутствии реакции можно продолжать переливание.

Задача 4.

У пациента 32 лет после автомобильной аварии при осмотре в приемном отделении определяется выраженная бледность кожных покровов, тахикардия до 178 ударов в 1 минуту, слабого наполнения, АД 80/60 мм.рт.ст. На обзорной рентгенограмме – перелом большеберцовой кости, перелом костей таза.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Плазмозамещающие растворы какой группы следует включить в инфузионную терапию для борьбы с шоком?
3. Классификация кровезаменителей.
4. Какие возможные реакции при инфузии препаратов кровезаменителей Вы знаете?
5. Что такое биологическая проба и следует ли её проводить при переливании кровезаменителей?

Ответ:

1. Травматический шок
2. Гемодинамического действия
3. Гемодинамические, дезинтоксикационные, препараты для парентерального питания, регуляторы кислотно-основного состояния и водно-солевого баланса.
4. Аллергические, пирогенные, токсические реакции
5. Переливание начинают с того, что переливают в три этапа по 10-15 мл трансфузионной/инфузионной среды струйно с интервалом в 3 мин. При отсутствии реакции можно продолжать переливание.

Задача 5.

Больная М. 55 лет упала дома, ударившись правой половиной грудной клетки о тумбочку. Почувствовала сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при перемене положения тела. Вызвала «скорую», и была доставлена в больницу.

При осмотре – жалуется на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, за исключением боковой поверхности грудной клетки справа, где имеется кровоподтек ~ 17×10 см. При пальпации в проекции IV, V, VI, VII ребер справа по средне-подмышечной линии резкая боль, нечеткая крепитация костных отломков, подкожной эмфиземы нет. При перкуссии и аускультации легких патологии нет. Нв – 140 г/л, ЧДД 18 в', Ps – 92 уд в', АД – 130/80 мм рт. ст. На R – грамме легких гидро- и пневмоторакса нет, имеется перелом IV, V, VI, VII ребер справа по средне-подмышечной линии. Больной сделана п/к инъекция промедола 1% – 1,0 мл, выполнена местная анестезия, назначен постельный режим.

Вопросы

1. Какой оптимальный вид местного обезболивания необходимо выполнить больной с множественными переломами ребер?
2. Техника выполнения этого вида анестезии, необходимые препараты, их концентрация, дозировка?
3. Какие методы местной анестезии можно еще применить при переломе ребер?
4. Какие возможные осложнения со стороны органов грудной клетки могут быть при переломе ребер?
5. Каковы методы диагностики этих осложнений?

Эталоны ответов

1. Шейная вагосимпатическая блокада по А.В. Вишневскому на стороне поражения.
2. Пациент находится в положении лежа на спине, с отведенной в противоположную сторону месту анестезии головой. Грудино-ключично-сосцевидную мышцу отводят вперед и на границе верхней и средней её третей делают вкол. Иглу продвигают по

направлению к позвоночному столбу, уткнувшись в него вводят раствор анестетика. Используют новокаин 0,5% раствор в количестве 30 – 40 мл.

3. Блокада места перелома ребер, межреберная блокада, паравerteбральная блокада
4. Гемоторакс, пневмоторакс, гемопневмоторакс, подкожная эмфизема.
5. Перкуссия, аускультация, рентгенография грудной клетки, УЗИ, КТ, диагностическая пункция.

Задача 6..

Больного С. 38 лет сбита автомашина. Сознание не терял. Самостоятельно не смог подняться и встать на ноги из-за сильных болей в правой половине таза. «Скорой» доставлен в больницу

Объективно: состояние средней степени тяжести, стонет от болей в правой половине таза. Кожные покровы обычной окраски, в области подвздошной кости и лоноа справа подкожные кровоизлияния. Рс – 96 в' удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий болезненный над лоном. Перитонеальных симптомов нет. Не мочился. L 9,0×10*9, Hb – 138 г/л. На рентгенограмме в прямой проекции перелом подвздошной и лонной кости справа со смещением костных отломков.

Вопросы.

1. Вид транспортировки при переломе костей таза?
2. Какой вид блокады с целью обезболивания необходимо выполнить этому больному?
3. Техника выполнения блокады, %, количество анестетика?
4. Какой орган наиболее часто повреждается при переломе костей таза?
5. Какова диагностика повреждения этого органа?

Эталоны ответов.

1. На жестких носилках лежа на спине с согнутыми в коленях ногами, с подложенным под них валиком из одежды, свернутого одеяла.
2. Внутритазовая блокада по А.Г. Школьникову.
3. На 1 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости на глубину 12 – 14 см, скользя по поверхности крыла подвздошной кости вводят 400-500 мл 0,25% р – ра новокаина при односторонней блокаде.
4. Мочевой пузырь – внутрибрюшинно или внебрюшинно.
5. Взять мочу катетером, цистография с тугим наполнением мочевого пузыря и после опорожнения.

Задача 7..

Больной С. Поступил в отделение гнойной хирургии с клиникой влажной гангрены правой стопы с переходом на н/3 голени. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом II типа.

При поступлении глюкоза крови 10,2 ммоль/л, L 15,7×10*9. состояние больного тяжелое, признаки гнойной интоксикации, пульс на подколенной артерии справа отсутствует. После проведения инфузионной, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, через день больной был в срочном порядке прооперирован под спинномозговой анестезией. Произведена ампутация правой нижней конечности на уровне с/3 бедра.

Вопросы.

1. Техника проведения спинномозговой анестезии, кто впервые предложил спинномозговую анестезию?
2. Какие лекарственные вещества используются для проведения спинномозговой анестезии (количество, концентрация)?
3. В каком положении должен находиться больной на операционном столе, и какие растворы (гипобарный или гипербарный) необходимо вводить в спинномозговой канал при ампутации нижней конечности?

4. Какой метод местной анестезии вы можете предложить в качестве альтернативы спинномозговой анестезии, и чем они различаются?
5. Каковы осложнения при спинномозговой анестезии?

Эталоны ответов.

1. Пункция производится сидя или лежа на боку между 2 и 3 поясничными позвонками (не выше!), строго по средней линии соответственно направлению остистых отростков позвонков игла Брауна проходит через надостную, межостную и желтую связки, далее после прохождения перидурального пространства извлекается мандрен, игла прокалывает твердую мозговую оболочку и попадает в ликворное пространство. Выделяется ликвор – жидкость желтоватого цвета – после чего вводят анестезирующий раствор и больного укладывают на спину. Спинномозговую анестезию в 1889 г. предложил Бир.
2. Для проведения спинальной анестезии используют 5% раствор новокаина – 2,0 мл, или лидокаина 2% – 2,0 мл.
3. Положение Тренделенбурга – поднятый ножной конец операционного стола. Для ампутации конечности вводят гипобарный раствор.
4. В данном случае альтернативой спинномозговой анестезии может служить перидуральная анестезия. При этом анестетик вводится в перидуральное пространство образуя в его клетчатке «висячий инфильтрат» и не может распространяться по спинномозговому каналу. Действие анестетика наступает через 20 – 40 минут. При правильном выполнении анестезии отсутствует высокий спинальный паралич. Возможно введение анестетика даже в грудных отделах.
5. 1) Падение артериального давления
2) Высокий спинальный паралич
3) Упорные головные боли после выполнения анестезии
4) Головокружение тошнота рвота
5) Парез мочевого пузыря и сфинктера прямой кишки

Задача 8.

Больная С. 69 лет страдающая длительно сахарным диабетом, срезала ноготь на I пальце левой стопы. Через 2 дня появился отек в области пальца, покраснение, дергающие боли. Лечилась дома самостоятельно. Через 5 дней палец стал сине-багрового цвета, отек и покраснение перешли на всю стопу, резкие боли, t до 38 гр, и только через неделю доставлена в больницу. При осмотре состояние больной тяжелое. Сухой язык. PS 120 уд\мин, АД 140\90мм рт.ст, одышка, Влажные кожные покровы, t 39,3, глюкоза крови 18 ммоль\л. Левая стопа резко отечна, гиперемизована с переходом на n3 голени. На тыле стопы участки грязно-серого цвета. Пальцы стопы также изменены. I палец грязно-черного цвета. Движения в пальцах стопы отсутствуют. PS на подколенной артерии и стопе не определяется, на бедренной артерии - сохранен. Повязка промокает зловонным отделяемым.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Причина возможного осложнения?
3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какое лечение больной необходимо назначить в первую очередь?
5. Основной метод лечения?

Эталоны ответов.

1. Влажная диабетическая гангрена левой нижней конечности
2. На фоне сахарного диабета у больной имеется диабетическая ангиопатия с поражением магистральных сосудов стопы и голени. Травматическое повреждение мягких тканей I пальца и попадание инфекции привели к развитию влажной диабетической гангрены.
3. С гнойно-некротической формой рожистого воспаления.

4. У больной выраженная интоксикация с декомпенсацией сахарного диабета. В первую очередь ей показана инфузионная дезинтоксикационная терапия, коррекция глюкозы крови, антибактериальная и сосудорасширяющая терапия. Местно - повязки с левомеколем.
5. Ампутация левой нижней конечности на уровне средней трети левого бедра.

Задача 9.

Больной в течение 15 лет страдает атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Поступил с жалобами на боли и почернение пальцев правой стопы. При осмотре: 1-й и 2-й пальцы правой ноги черного цвета, сухие, движения и чувствительность отсутствуют.

1. Диагноз.
2. Какое осложнение атеросклероза привело к этому состоянию?
3. Чем опасно подобное состояние?
4. Какое лечение показано больному?
5. Когда?

Ответы:

1. Сухая гангрена 1-ого и 2-ого пальцев правой ноги.
2. Прогрессирующая ишемия тканей пальцев.
3. Инфицирование.
4. Оперативное – ампутация 1-2 пальца.
5. После формирования демаркационной линии.

Задача 10.

Больная С, страдающая около 5 лет варикозной болезнью нижних конечностей, отметила появление в нижней трети правой голени дефекта кожных покровов, возникшего после ушиба голени. При осмотре отмечается дефект кожных покровов 4 на 5 см, с подрывными краями, грязно - серого цвета с гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Дать определение данной патологии.
3. Причины, вызвавшие данное заболевание
4. Консервативное лечение.
5. Оперативное лечение.

Эталонные ответы:

1. Трофическая язва правой голени.
2. Язва - это дефект кожных покровов, захватывающий глубже лежащие ткани, со слабо выраженными процессами регенерации, имеющие различные причинные факторы,
3. На фоне варикозного расширения вен, застой крови приводит к гипоксии тканей конечности, нарушению метаболизма, а полученный ушиб явился провоцирующим моментом образования язвенного дефекта.
4. Применение протеолитических ферментов, удаление некротизированных тканей, использование антисептиков. При появлении грануляционной ткани - мазевые повязки троксевазиновая мазь, ируксол, солкосерил, физиотерапия, иммуностимуляция, венотоники (анавенол).
5. Хирургическое лечение - комбинированная флебэктомия.

Задача 11.

Пациент К., 52 лет находится в отделении реанимации 35 суток после автомобильной аварии с диагнозом закрытая черепно-мозговая травма, перелом пояснично-крестцового отдела позвоночника. При осмотре в области крестца, затылка, на локтевых сгибах и пятках определяются участки гиперемии, местами с зоной некроза в центре и воспалительным валом вокруг.

1. Ваш диагноз
2. Классификация данного заболевания по этиологии
3. Степени тяжести данного заболевания
4. Методы профилактики данного заболевания
5. Лечебные мероприятия

Ответ:

1. Пролежни
2. Эндогенные - или невротические пролежни развиваются на фоне грубых нарушений нервной трофики тканей. Экзогенные - возникают под влиянием длительного механического давления или при способствующих его развитию нарушений общего состояния организма (истощение, гипопроотеинемия, авитаминоз, нарушение микроциркуляции).
3. 1- Эритема, не распространяющаяся на соседние участки кожи. Повреждение предшествует язвообразованию.
2- Частичное уменьшение толщины кожи вследствие повреждения или некроза тканей, располагающихся под ней.
3- Полная потеря толщины кожи вследствие повреждения или некроза тканей, располагающихся под ней, но не глубже фасции.
4- Полная потеря толщины кожи с некрозом или разрушением тканей мышц, костей и других опорных структур
4. Использование противопролежневого матраца, резинового круга, обработка возможных мест образования пролежней камфорным спиртом, массаж, частая смена белья, максимально возможная активизация пациента
5. Ежедневные перевязки с антисептиками. Антибактериальная терапия при вторичной инфекции. В случае наличия некроза – некрэктомия. При обширных дефектах с благоприятным исходом – аутодермопластика кожного дефекта.

Задача 12.

Больной А., 50 лет, сторож, в течение 12 часов находился на улице при температуре воздуха – 25 градусов Цельсия. В конце смены почувствовал колющие и жгучие боли в обеих стопах, онемение пальцев ног. После окончания смены пришёл домой и лег спать. На другой день на пальцах обеих ног отметил появление напряженных пузырей с геморрагическим содержимым. К врачу не обращался, не лечился. Через 3 суток доставлен «скорой помощью» в больницу. При осмотре общее состояние средней тяжести, пульс 100 в 1 минуту, А.Д. 140 и 90 мм. рт. ст.. В легких сухие и влажные хрипы. Температура тела 38,5 градусов Цельсия, лейкоциты крови 12.000. При осмотре ног пальцы стоп холодные, движение в них отсутствует, выраженный отек обеих стоп с гиперемией на тыле, где имеются пузыри с геморрагическим содержимым. Пальцы синеватые, чувствительность в них отсутствует, имеется несколько лопнувших пузырей с умеренным гнойно-геморрагическим отделяемым с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Осложнения основного заболевания?
3. О чем свидетельствуют изменения в легких и дополнительно полученные данные у этого больного?
4. Профилактику какой инфекции надо проводить больному?
5. Дополнительная диагностика и лечение данного заболевания?

Ответы:

1. Отморожение обеих стоп 4 степени.
2. Влажный некроз обеих стоп.
3. Можно заподозрить двухстороннюю пневмонию.
4. Необходимо провести профилактику столбняка, провести антибиотикотерапию.

5. Рентгенография легких, обеих стоп, проведение антибактериальной, дезинтоксикационной, иммунной терапии, назначение дезагрегантов, сосудорасширяющих свойств, местно – вскрытие пузырей, обработка ран перекисью водорода, повязки с левомицетином, перевести влажный некроз в сухой, при отсутствии эффекта и гангрене – срочная операция: ампутация пальцев и вскрытие гнойных затеков на стопах.

Задача 13

Больной С. 55 лет, находился в походе за городом в лесу при температуре – 1 градус Цельсия. Домой вернулся вечером, почувствовал онемение правой стопы, колющие боли, посинение кожи. Принял горячую ванну. Через 2 дня боли усилились, появились напряженные пузыри с серозным содержимым, гиперемия кожи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Факторы, содействующие данной патологии?
3. Классификация и клиника заболевания?
4. Периоды течения заболевания?
5. Лечебная тактика?

Ответы:

1. Отморожение правой стопы 2 степени.
2. Длительное переохлаждение.
3. 1 степень – колющие боли, гиперемия, цианоз, отек; 2 степень - присоединение пузырей с серозным содержимым; 3 степень – присоединение пузырей с геморрагическим содержимым; 4 степень – присоединение больших напряженных пузырей, их разрывы, потеря чувствительности и движения.
4. Дореактивный, реактивный.
5. Вскрытие пузырей, повязки с антисептиками; внутриаrтериальная инфузия анестетиков, антиагрегантов, спазмолитиков, антибиотиков. Профилактика столбняка.

Задача 14.

Больной А. находился на зимней рыбалке, принимал алкоголь, курил. Вечером мороз усилился до – 25 градусов Цельсия. Пациент почувствовал онемение стоп, колющие и жгучие боли в пальцах ног. Домой приехал ночью, в сильном алкогольном опьянении и лег спать. На следующий день боли в стопах усилились, появились цианоз, онемение. Растирал ноги водкой, прикладывал горячую грелку. Через 3 дня пальцы стоп стали синеватыми, чувствительность и движение в них отсутствовали, кожа цианотичная, появились единичные пузыри с геморрагическим содержимым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Факторы, способствовавшие развитию этой патологии?
3. Ваши действия в дореактивном периоде?
4. Возможные осложнения заболевания?
5. Лечение данной патологии?

Ответы:

1. Отморожение обеих стоп 3-4 степени.
2. Низкая температура, длительность переохлаждения, вынужденное сидячее положение, алкогольное опьянение, горячая грелка, позднее обращение к врачу.
3. В дореактивном периоде – горячее питье, массаж, постепенное согревание ног, наложение теплоизолирующих повязок, внутриаrтериальное введение препаратов, лечение в хирургическом отделении.
4. Влажная или сухая гангрена, флегмона стоп.

5. Вскрытие пузырей, повязки с антисептиками, внутриартериальная инфузия анестетиков, антиагрегантов, спазмолитиков, антибиотиков. Профилактика столбняка. Физиотерапия. При развитии некрозов – некрэктомия.

Задача 15

В приемное отделение поступил пострадавший с жалобами на боли в левой половине груди, одышку, головокружение.

Из анамнеза известно, что 2 часа назад был сбит легковой машиной.

При осмотре: кожные покровы бледные, холодный пот, пульс до 96 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт ст.; на грудной клетке слева в области V-VI межреберья по передней подмышечной линии имеется кровоподтек; левая половина грудной клетки отстает при дыхании; пальпаторно – в зоне кровоподтека определяется резкая болезненность и крепитация; перкуторно – притупление звука до уровня V ребра; аускультативно – дыхание ослаблено.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Расскажите методику и технику плевральной пункции?
4. Какую пробу для определения характера кровотечения необходимо провести и как интерпретировать ее результаты?
5. Предложите вариант лечения данного больного при продолжающемся кровотечении?

Эталоны ответов:

1. Закрытая травма грудной клетки. Перелом ребра. Гемоторакс.
2. Рентгенография грудной клетки, общий анализ крови для исследования показателей «красной крови», диагностическая плевральная пункция.
3. Диагностическая плевральная пункция при гемотораксе проводится в VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии, по верхнему краю нижележащего ребра.
4. Проба Грегуара – положительный результат пробы – забранная из плевральной полости кровь не лизированная, сворачивается, что означает – кровотечение в плевральную полость продолжается.
5. При положительной пробе Грегуара – дренирование плевральной полости, реинфузия излившейся крови, гемостатическая терапия, контрольная рентгенография грудной клетки. Если по дренажу продолжает поступать кровь, в объеме 300 мл в течение 2 часов, то необходимо выполнить торакотомию, остановку кровотечения с последующей реинфузией крови и гемостатической терапией.

Задача 16.

В больницу самостоятельно обратился пациент К., 23 лет, в состоянии алкогольного опьянения, с жалобами на боли по всему животу, тошноту, рвоту.

Из анамнеза известно, что 10 часов назад был избит неизвестными на улице. За медицинской помощью не обращался, принимал алкоголь.

При осмотре: кожные покровы бледные,; пациент занимает вынужденное положение – с согнутыми и приведенными к животу коленями; тахикардия до 110 ударов в минуту; АД 110/70 мм рт ст.; живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания; при пальпации определяется напряжение мышц брюшной стенки, больше справа, и нечеткие симптомы раздражения брюшины; при перкуссии – симптом исчезновения печеночной тупости; аускультативно – ослабление кишечных шумов.

Врач приемного покоя госпитализировал пациента в диагностическую палату, положил «холод на живот» и назначил динамическое наблюдение.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Верна ли тактика врача приемного покоя?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести пациенту?
4. Какие рентгенологические симптомы выявляются при рентгенографии органов брюшной полости?
5. Какие лечебные мероприятия необходимо провести данному пациенту при подтверждении наличия свободного газа в брюшной полости?

Эталоны ответов:

1. Закрытая травма живота. Разрыв полого органа. Перитонит.
2. Тактика врача приемного покоя неверна. Необходимо дообследование пациента для установления точного диагноза.
3. Общий анализ крови, для выявления лейкоцитоза. Обзорная рентгенография органов брюшной полости для выявления наличия свободного газа. При необходимости (на рентгенографии свободный газ не выявлен) – диагностическая лапароскопия.
4. Симптом «серп газа под куполом диафрагмы» - свидетельствует о повреждении (перфорации) полого органа.
5. При наличии свободного газа в брюшной полости, т.е. подтверждение диагноза перфорации полого органа, перитонита, показана экстренная операция – лапаротомия (определение источника перитонита, ликвидация повреждения, санация и дренирование брюшной полости). Данные манипуляции можно осуществить и при переводе диагностической лапароскопии в лечебную.

Задача 17.

К хирургу поликлиники обратился пациент с жалобами на боли в животе.

Из анамнеза известно, что 1,5 часа назад упал дома с лестницы, ударившись животом о стол.

При смотре: кожные покровы бледной окраски; язык обложен белым налетом; в правом подреберье кровоподтек; при пальпации выявляется напряжение мышц брюшной стенки, локальная болезненность в области правого подреберья; АД 110/70 мм рт ст., Нб 110 г/л. Врач назначил обезболивающий препарат и явку в поликлинику через сутки для контрольного осмотра.

Вопросы:

1. Верна ли тактика врача поликлиники?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести данному пациенту?
4. Какие лечебные мероприятия необходимы при повреждении органов брюшной полости?
5. Что такое биологическая тампонада?

Эталоны ответов:

1. Нет неверна, больного необходимо было госпитализировать в хирургический стационар.
2. Повреждение печени. Внутрибрюшное кровотечение.
3. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия.
4. При выявлении повреждения печени и внутрибрюшного кровотечения – лапаротомия, ушивание раны печени, санация и дренирование брюшной полости.
5. При глубоких ранах печени – введение и подшивание пряди большого сальника в рану, с целью остановки кровотечения.

Задача 18.

В больницу через 2 часа доставлен больной С, 48 лет с колото-резаной раной передней брюшной стенки, из которой выпадает прядь большого сальника. Состояние больного тяжелое. Бледность колей, PS - 120 уд. в мин. АД – 100/70 мм рт. ст. НБ - 90 г/л. Нт - 30%.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Действия врача приемного отделения в связи с выпадением сальника?
3. Показаны ли дополнительные методы обследования: обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, КТ, лапароскопия?
4. Порядок выполнения лечебных мероприятий в приемном отделении?
5. Нуждается ли больной в переливании крови при данных показателях НБ и Нт?

Эталоны ответов.

1. Проникающее колото-резаное ранение брюшной полости с эвентерацией пряди сальника, гемоперитонеум, геморрагический шок.
2. Наложение ас. наклейки и транспортировка в операционную
3. Не показаны.
4. Срединная лапаротомия. ревизия органов брюшной полости, остановка кровотечения, реинфузия, резекция пряди сальника, туалет и дренирование брюшной полости. ПХО раны передней брюшной стенки.
5. Переливание крови не показано.

Задача 19.

В приемное отделение доставлен мужчина 29 лет с колото-резанным ранением грудной клетки слева. При осмотре - состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз. холодный пот, В легких слева движение резко ослабленное. АД – 90/60 мм рт.ст. PS - 120 уд\мин. Тоны сердца глухие. В V межреберье по средне-ключичной линии слева колото-резанная рана 1x0,7 см с незначительным кровотечением.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы диагностики можно применить у данного больного?
3. Тактика врача приемного покоя?
4. Какое грозное осложнение в данном случае может привести к быстрой смерти больного?
5. Лечебная тактика?

Эталоны ответов.

1. Проникающее колото-резанное ранение левой половины грудной клетки с ранением сердца, гемоторакс слева, гемоперикард.
2. НБ крови, эритроциты, Нт, рентгенография грудной клетки, плевральная пункция, ЭКГ.
3. При подозрении на ранение сердца больной должен как можно быстрее направлен в операционную сводя до минимума необходимый объем обследования
4. При ранениях сердца основная причина быстрой смерти - тампонада сердца.
5. Экстренная операция - левосторонняя передне-боковая торакотомия в V межреберье слева, перикардотомия, тщательная ревизия органов грудной клетки, остановка кровотечения, редкие швы на перикард, дренирование плевральной полости.

Задача 20.

В приемный покой больницы с места автокатастрофы доставлена женщина 32 лет в тяжелом состоянии, через 30 мин с момента травмы. При осмотре - бледность кожи, холодный пот. Жалобы на боли в животе, слабость. ЧСС — 120 уд. в мин, АД 100/70 мм рт. ст. При пальпации живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в левом подреберье. Положительный симптом «Ваньки-встаньки». НБ-112 г/л, L- $10,2 \times 10^9$, моча по катетеру светлая.

Вопросы.

1. Предположительный диагноз?

2. Дополнительные методы исследования?
3. Наиболее информативный метод исследования ?
4. Лечебная тактика?
5. Какую пробу Гемпеля или Грегуара будут выполнять этой больной?

Эталоны ответов.

1. Закрытая травма живота, разрыв селезенки, гемоперитонеум.
2. УЗИ. КТ, видеолапароскопия, метод «шарящего катетера»
3. Видеолапароскопия
4. Экстренная срединная лапаротомия, выявление источника кровотечения, ушивание селезенки или спленэктомия, реинфузия крови, туалет и дренирование брюшной полости.
5. Перед реинфузией крови - проба на гемолиз (проба Гемпеля).

Задача 21.

В приемное отделение доставлен пациент с жалобами на резкие боли в правой половине грудной клетки, одышку. Выше указанные жалобы возникли после ушиба грудной клетки справа. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс частый, правая половина грудной клетки отстаёт в дыхании, межреберные промежутки сглажены.

Вопросы

1. Предположительный диагноз.
2. Какие физикальные методы исследования необходимо выполнить, и каковы их предполагаемые результаты?
3. Какое инструментальное исследование необходимо выполнить в первую очередь?
4. Каковы признаки заболевания на рентгенограмме грудной клетки?
5. Какое лечение показано пациенту?

Ответы.

1. Правосторонний напряженный пневмоторакс.
2. Перкуссия – коробочный перкуторный звук, смещение сердечной тупости влево; аускультация отсутствие проведения дыхания справа.
3. Рентгенографию грудной клетки.
4. На рентгенограмме – наличие воздуха в правой плевральной полости, сдавление легкого, смещение средостения влево.
5. Дренирование правой плевральной полости с активной аспирацией.

Задача 22.

У больного, оперированного 6 суток назад по поводу ножевого ранения левого желудочка сердца, появилось чувство тяжести в области сердца, тахикардия до 100 ударов в минуту, одышка до 30 в минуту, слабость, температура тела до 39°C, цианоз губ. Перкуторно определяется увеличение сердечной тупости, аускультативно - глухость тонов. Согласно протоколу операции на перикард было наложено 6 швов.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Причина развития этой патологии?
4. Топографические ориентиры выполнения пункции перикарда?
5. Лечение.

Эталоны ответов.

1. Состояние после проникающего ранения грудной клетки, ранение сердца, осложненное гнойным перикардитом в послеоперационном периоде.
2. Рентгенография грудной клетки, УЗИ, компьютерная томография, диагностическая пункция перикарда.
3. Неправильная тактика при ушивании перикарда, скопление инфицированного экссудата за счет частого наложения швов. На перикард накладывается не более 2 швов.

4. Пункцию перикарда осуществляют в точке, образованной мечевидным отростком и левой реберной дугой с направлением иглы снизу вверх под грудину. Т. Ларрея
5. Лечебные пункции перикарда и удаление экссудата, промывание антисептиками и введение антибиотиков. Если эффекта нет, то прибегают к торакотомии и дренированию перикарда. Антибактериальная, дезинтоксикационная и кардиотерапия.

Задача 23.

У больной 62 лет, страдающей сахарным диабетом, после расчеса правой голени появились гиперемия с четкими границами, местная гипертермия, боль, отек голени с переходом на тыл стопы. Температура 38 градусов. Лечилась самостоятельно, по совету соседки прикладывала толченый мел и заворачивала конечность в красную матерью. Через три дня на коже голени появились пузыри с геморрагическим и серозным содержимым, которые самостоятельно лопались. Температура 38 градусов, слабость, сухость во рту, тошнота, Боли и отек на голени усилились. В тяжелом состоянии через 6 суток от начала заболевания доставлена в больницу. При осмотре на передней поверхности голени на фоне гиперемии - в центре участки ткани грязно-серого цвета. В анализах: лейкоцитоз 15×10^9 , палочкоядерный сдвиг до 16%. СОЭ - 37 мм\ч, В вв. мочи: белок, измененные эритроциты до 10 в п\зр. Глюкоза крови 16 ммоль\л.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Каким микробным возбудителем вызывается данная патология?
3. Назовите все классификации данной патологии.
4. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
5. Лечение данной больной?

Эталоны ответов

1. Буллезно-некротическая форма рожистого воспаления правой голени, сахарный диабет.
 2. Гемолитическим стрептококком, в дальнейшем присоединяется гнилостная микрофлора.
 3. По виду воспаления: 1) эритематозная, 2) буллезная. 3) некротическая. 4) флегмонозная. По клиническому течению: 1) острая, 2) хроническая, 3) рецидивирующая, 4) мигрирующая.
 4. Анаэробная флегмона голени,
 5. Местное лечение: вскрытие и иссечение пузырей, иссечение некротических тканей, промывание ран антисептиками, дренирование ран с местным применением мазей на водорастворимой основе, ежедневные перевязки, физиотерапия местно, повторные некрэктомии при необходимости.
- Общее лечение: антибактериальная терапия, инфузионная дезинтоксикационная терапия (в ряде случаев и экстракорпоральная детоксикация), инфузионная коррегирующая терапия, коррекция глюкозы крови в крови, симптоматическая терапия.

Задача 24.

У больного В. на фоне хронической венозной недостаточности правой голени с трофическими изменениями кожи в н\3 появилась гиперемия кожи до в\3 голени с четкими границами, боль, умеренный отек. Температура тела до 39,2, Крепитации и флюктуации в этой зоне нет. Лейкоциты крови 13.2×10^9 .

Вопросы.

1. Какое осложнение развилось у данного больного?
2. Назовите клинические формы данного заболевания?
3. Каким микробным возбудителем вызывается данная патология?
4. Чем отличается клинически это заболевание от эризепилоида?
5. Общее и местное лечение?

Эталоны ответов.

1. Эритематозная форма рожистого воспаления.

2 Эритематозная, буллезная, флегмонозная, некротическая формы.

3.Патогенным стрептококком-

4.При эризепелоиде - зуд, а не боль, нет местной гипертермии, отека, отсутствует повышение температуры тела и интоксикация.

5.Общее лечение: антибиотиком пенициллинового ряда, сульфаниламиды. Местное лечение: а) открытый способ - УФО субэритематозные дозы, б) закрытый метод - наложение мажевых повязок, наложение повязок с димексидом.

Задача 25..

Больная З., 48 лет, доставлена в стационар с жалобами на жгучие боли в области правой голени, покраснение кожи голени, пузыри в зоне покраснения, Т до 40 с ознобами, головную боль, бессонницу. Больна 2 дня. Накануне случайно поранила кожу голени ножницами. При осмотре состояние тяжелое, ЧД-24 в мин., пульс-112 в мин., АД- 105 и 70 мм рт. ст.. Локально: кожа правой голени резко гиперемирована, отечна, на ощупь температура ее повышена, пальпация кожи болезненна. Гиперемия имеет четкую фестончатую границу в верхней трети голени. На переднебоковой поверхности последней имеются пузыри, частично сливающиеся между собой с серозно-геморрагическим содержимым. Паховые лимфоузлы увеличены, подвижны, болезненны, кожа над ними не изменена.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Каков путь инфицирования?
3. Основной возбудитель?
4. План общего лечения?
5. Местное лечение

Ответы.

1. Буллезная рожа.
2. Контактный
3. Гемолитический стрептококк
4. - госпитализация; постельный режим; изоляция; лечение антибиотиками широкого спектра действия; дезинтоксикационная терапия; десенсибилизирующая терапия; экстракорпоральная детоксикация; дезагрегантная терапия; общеукрепляющая терапия;
5. - УФО;
- возвышенное положение конечности;
- вскрытие пузырей;
- повязка с антибактериальными эмульсиями.

Задача 26.

У больной А. 57 лет, страдающей варикозным расширением подкожных вен левой нижней конечности, появились боли и покраснение по ходу вены на голени и бедре, t-37,2 градусов. Обратилась к врачу. При осмотре отмечается гиперемия, резкая болезненность и уплотнение по ходу варикозно расширенной большой подкожной вены, начиная с с\3 голени до в\3 бедра. Остальные расширения вены мягкие, безболезненные. Отеков нет. PS 88 уд\мин, АД-130\80 мм рт.ст.

Вопросы.

1. Укажите диагноз ?
2. Причины данного осложнения?
3. Возможные осложнения данного заболевания?
4. Какие профилактические мероприятия надо бело проводить, чтобы избежать этого осложнения?
5. Лечебная тактика?

Эталоны ответов.

1. Острый тромбоз подкожных вен левой нижней конечности.
2. На фоне варикозного расширения подкожных вен происходит замедление скорости кровотока, нарушается целостность эндотелия венозной стенки, повышение свертывающей системы крови и присоединение инфекции приводит к развитию тромбоза.
3. Осложнения: перифлебит, абсцедирующий тромбоз, восходящий тромбоз, тромбоз легочной артерии.
4. Комбинированная флебэктомия варикозно расширенных вен нижней конечности. Консервативная терапия - эластичное бинтование нижней конечности, прием дезагрегантов, флеботропный препарат - детралекс.
5. Постельный режим, возвышенное положение нижней конечности. Местно компрессы с гепариновой мазью, физиотерапия. Общее лечение: антикоагулянтная терапия, дезагреганты, нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, диклофенак и т.д.), В ряде случаев - гирудинотерапия. При наличии восходящего тромбоза - операция Троянова-Тренделенбурга.

Задача 27.

Больной А.. 36 лет через 12 часов после травмы головы потерял сознание. Был доставлен «скорой» в больницу. При осмотре - состояние тяжелое, PS - 60 уд. в мин, АД /go мм рт. ст., НБ -130 г/л. Выявлен левосторонний гемипарез.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования можно произвести для уточнения диагноза?
3. Наиболее информативный метод исследования при данной патологии?
4. Лечение данного больного?
5. Основные лечебные мероприятия, направленные на борьбу с отеком мозга?

Эталоны ответов:

1. Сдавление мозга внутричерепной гематомой справа.
2. Рентгенография черепа, эхоэнцефалография, спинномозговая пункция, компьютерная томография.
3. Компьютерная томография.
4. Трепанация черепа, удаление гематомы, остановка кровотечения.
5. Дегидратационная терапия (препараты: мочевина, маннитол, лазикс, гипертонические растворы).

Задача 28..

В приемное отделение доставлен машиной скорой помощи пострадавший после падения с высоты 6 метров в состоянии комы. При осмотре: кожные покровы бледные, брадикардия до 60 в 1 минуту, А.Д. 140 и 80 мм. рт. ст., в левой височной области кровоизлияние, распространяющееся на орбитальную область. Отмечается правосторонний гемипарез, снижение кожной чувствительности справа.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо выполнить?
3. Какой из них наиболее информативный?
4. Хирургическая тактика?
5. Факторы, влияющие на исход и какова дегидратационная терапия?

Эталоны ответов:

1. Внутричерепная гематома слева.
2. Рентгенография костей черепа, эхоэнцефалография, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. Компьютерная томография.

4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.
5. Объем гематомы и время сдавления головного мозга. В/в лазикс, маннитол, маннит, мочеви́на, 40% глюкоза с витамином «С».

Задача 29.

Реанимобилем в больницу доставлен пострадавший после автоаварии, случившейся 1 час назад. Уровень сознания – кома, проведена искусственная вентиляция легких. При осмотре нистагм, анизокория, в области обеих глазниц кровоизлияния, из левого уха – ликворрея.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Методы обследования?
3. Куда должен быть помещен пострадавший для лечения?
4. Тактика при выявлении внутричерепной гематомы?
5. Препараты для дегидратационной терапии и путь их введения?

Эталоны ответов:

1. Перелом основания черепа, внутричерепная гематома, сдавление головного мозга.
2. Рентгенография костей черепа, компьютерная томография, люмбальная пункция.
3. В отделение реанимации.
4. Трепанация черепа, эвакуация гематомы, остановка кровотечения, дренирование полости после удаления гематомы.
5. Лазикс, маннитол, маннит, мочеви́на, 40% глюкоза с витамином «С», вводить в/в.

Задача 30.

В приемный покой доставлен больной с выраженной анемией – эритроцитов $1,2 \times 10^{12}$ / л, при опросе установлено, что травмы у больного не было, сознание не терял, стул обычного цвета. При осмотре у больного имеется обширная подкожная гематома в правой паховой области. Ранее отмечал безпричинные, или после незначительной травмы, кровоизлияния под кожей, особенно в области суставов.

Вопросы:

1. Какой вид кровотечения имеет место?
2. Какова наиболее вероятная причина кровотечения?
3. Нужно ли оперативное вмешательство?
4. Как подтвердить диагноз?
5. Где должен лечиться больной?

Эталоны ответов:

1. Кровотечение в мягкие ткани.
2. Гемофилия.
3. Нет.
4. Лабораторная диагностика.
5. В отделении гематологии.