

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.И. Роголь/



2025г.

М. И.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ

Название дисциплины (модуля)

31.08.02 Анестезиология-реаниматология

Шифр/Название направления (специальности)

ОЧНАЯ

Форма обучения

Москва 2025г.

Рабочая программа по дисциплине (модулю)

Анестезиология-реаниматология

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 Аслап Курбанович

Старший научный сотрудник,
Врач-анестезиолог-реаниматолог высшей
квалификационной категории, д.м.н.

ФИО

Должность, степень

СОГЛАСОВАНО

Заведующий учебным центром

Должность



И.В. Братишев

Расшифровка подписи

1. Цель и задачи рабочей программы дисциплины (модуля)

Дисциплина (модуль)

Анестезиология-реаниматология

Название дисциплины и модуля (при наличии)

реализуется в базовой части - Блок 1 «Дисциплины (модули)»
базовой/вариативной

по направлению подготовки (специальности)

31.08.02 Анестезиология-реаниматология

Код и наименование специальности/направления подготовки

очной формы обучения.

Цель:

Подготовка квалифицированного специалиста анестезиолога-реаниматолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной, неотложной, скорой, а также специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Задачи:

1. Сформировать профессиональные компетенции врача анестезиолога-реаниматолога, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача анестезиолога-реаниматолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии.
3. Подготовить к самостоятельной профессиональной деятельности врача-специалиста, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья пациентов во всех возрастных периодах их жизни.
4. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками по оказанию скорой и неотложной медицинской помощи.

Изучение дисциплины (модуля)

Анестезиология-реаниматология

Название дисциплины и модуля (при наличии)

базируется на знаниях и умениях, полученных обучающимися ранее в ходе освоения ряда дисциплин (модулей).

Анатомия человека, Физиология человека, Фармакология, Клиническая биохимия, Пропедевтика внутренних болезней

Изучение дисциплины (модуля)

Анестезиология-реаниматология

Название дисциплины и модуля (при наличии)

является базовым для последующего освоения дисциплин (модулей):

Медицина чрезвычайных ситуаций, Обучающий симуляционный курс, Трансфузиология, Ультразвуковая диагностика, Клиническая лабораторная диагностика, Патология

2. Требования к результатам освоения дисциплины

Формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций у обучающихся в рамках изучения дисциплины (модуля) предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности и формирование соответствующих умений и (или) владений.

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения 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.
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Знает и владеет методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей). ОПК-4.2. Знает и владеет методикой физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). ОПК-4.3. Знает и умеет работать с клиническими рекомендациями и со стандартами оказания медицинских услуг. ОПК-4.4. Знает патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. ОПК-4.5. Знает и умеет осуществлять диагностику заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования; ОПК-4.6. Составляет алгоритм диагностики и обследования пациентов, нуждающихся в проведении

		<p>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-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</p>

		<p>«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 катастроф, санитарно-эпидемиологического и лекарственного обеспечения населения.</p> <p>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.</p>
	<p>ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-8.1. Владеет методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности и навыками составления плана работы и отчета о работе врача.</p> <p>ОПК-8.2. Владеет навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа.</p> <p>ОПК-8.3. Осуществляет контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала.</p> <p>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.</p>
	<p>ОПК-9 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>ОПК-9.1. Знает и владеет методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей).</p> <p>ОПК-9.2. Знает и владеет методикой физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).</p>

		<p>ОПК-9.3. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания.</p> <p>ОПК-9.4. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации.</p>
<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.</p> <p>ПК-1.2. Знает и умеет использовать данные физикального обследования и лабораторно-инструментальной диагностики, применяемые врачом-анестезиологом-реаниматологом.</p> <p>ПК-1.3. Умеет интерпретировать и анализировать результаты обследования, устанавливать ведущий синдром и предварительный диагноз при заболеваниях и/или состояниях, требующих неотложной интенсивной терапии.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ПК-2.3. Знает и умеет применять принципы медицинской сортировки при массовых заболеваниях, травмах,</p>

		<p>ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций и основы взаимодействия с экстренными оперативными службами.</p> <p>ПК-2.4. Может осуществлять мероприятия по стабилизации / улучшению состояния пациента и мониторингу жизненно важных функций, в том числе во время транспортировки в профильную медицинскую организацию.</p>
<p>В Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара</p>	<p>ПК-3. Проведение обследования пациента с целью определения операционно-анестезиологического риска, установление диагноза органной недостаточности (В/01.8)</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ПК-3.5. Владеет навыками сбора жалоб и анамнеза, проведения физикального обследования пациентов и выполнения лабораторно-инструментальной диагностики в объеме, необходимом для установления</p>

	<p>ПК-4. Назначение анестезиологического пособия пациенту, контроль его эффективности и безопасности; искусственное замещение, поддержание и восстановление временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента (В/02.8)</p>	<p>диагноза органной недостаточности.</p> <p>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.</p> <p>ПК-4.2. Знает современные фармакологические средства и их выбор и применение, при различных методах анестезии при хирургическом лечении пациентов в плановой, экстренной хирургии и амбулаторных вмешательствах.</p> <p>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.</p> <p>ПК-4.4. Знает этиологию, патогенез, клинические синдромы нарушений деятельности жизненно-важных органов при состояниях, угрожающих жизни пациента.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>

		<p>организма.</p> <p>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.</p> <p>ПК-5.6. Знает и умеет осуществлять мероприятия по профилактики мероприятий, направленных на предупреждение трофических нарушений кожного покрова и тугоподвижности суставов.</p>
	ПК-6. Назначение мероприятий медицинской реабилитации и контроль их эффективности (В/04.8)	<p>ПК-6.1. Владеет навыками первичной реабилитации в отделении реанимации и ИТ пациентов, перенесших угрожающие жизни состояния.</p> <p>ПК-6.2. Владеет навыками первичной реабилитации в отделении реанимации и ИТ пациентов, перенесших временное искусственное замещение нарушенных функций организма.</p> <p>ПК-6.3. Владеет навыками мониторинга эффективности мероприятий первичной реабилитации пациентов в отделении реанимации и ИТ.</p>
	ПК-7. Проведение медицинских экспертиз при оказании медицинской помощи по профилю "анестезиология-реаниматология" (В/05.8)	<p>ПК-7.1. Проведение отдельных видов медицинских экспертиз.</p> <p>ПК-7.2. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности.</p> <p>ПК-7.3. Подготовка медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу.</p>

3. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Виды учебной работы	Всего, час.	Объем часов по семестрам			
		1	2	3	4
Лекционное занятие (Л)	32	8	8	8	8
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)	404	88	124	104	88
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	500	120	120	140	120
Вид промежуточной аттестации: (экзамен)	144	36	36	36	36
Общий объем	1080	252	288	288	252

4. Структура и содержание дисциплины (модуля)

№ раздела	Раздел дисциплины (модуля)	Название тем раздела и их содержание	из них:				
			аудиторные занятия			Самостоятельная работа	Экзамен
			Лекции	Практические занятия	Семинары		
1.	<p>Предоперационное обследование, премедикация, общая анестезиология. Физический статус. Общеправительский осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия. Основные патологические состояния.</p>	<p>Дыхательная система Обструктивные болезни. Классификация. Обструкция верхних дыхательных путей: врожденная (атрезия носовых ходов, синдром Пьера Робена (отсутствие подбородка)), инфекционная (воспаление надгортанника, заглоточный абсцесс), неопластическая (кистозная гигрома, опухоль гортани), травматическая (травма лица, переломы, ожоги), инородные тела. Обструкция трахеобронхиального дерева: врожденная (субглоточный стеноз, трахеомалиция), инфекционная (круп, бронхолит), неопластическая (папиллома), травматическая (стеноз трахеи, аспирация инородных тел). Заболевания легких: астма, бронхиты, абсцесс легких, бронхоэктазы, эмфизема, кистозный фиброз. Киста средостения. Ожирение. Травма грудной клетки (перелом ребер, пневмоторакс). Поражение легких: ателектазы, пневмония, пневмониты, легочный фиброз, респираторный дистресс-синдром. Плевра и средостение: гидро- и гемоторакс, эмпиема плевры, бронхоплевральная фистула. Нарушения дыхания при болевых синдромах, синдроме внутрибрюшной гипертензии. Исследование пациента с заболеваниями органов дыхания. Сбор анамнеза. Осмотр. Необходимые клинико-лабораторные исследования: легочные функциональные тесты, рентгенологические исследования, кислотно-основное состояние и газы крови (артериальной, венозной). Оценка факторов риска послеоперационных легочных осложнений. Подготовка к анестезии и операции. Респираторная терапия. Медикаментозные методы профилактики осложнений. Анестезиологическое пособие при заболеваниях органов дыхания: выбор метода анестезии, техника анестезии при вмешательствах на органах грудной полости и вмешательствах другой локализации. Тактика послеоперационного</p>	6	36	36	80	36

		<p>ведения: интенсивная терапия, респираторная терапия, возможные методы ИВЛ, особенности прекращения ИВЛ и перехода на спонтанное дыхание, экстубации. Лечение болевого синдрома. Послеоперационный уход.</p> <p>Дыхательная недостаточность. Патофизиология. Мониторинг. Медикаментозная и немедикаментозная терапия. Кислородотерапия. Туалет трахеобронхиального дерева. Постуральный дренаж. Увлажнение дыхательной смеси.</p> <p>Искусственная и вспомогательная вентиляция легких. Показания к ИВЛ. Показания и методы прекращения ИВЛ. Методы ИВЛ: CMV, SIMV, CPAP, PS, PEER. Особенности аппаратуры для проведения ИВЛ. Высокочастотная вентиляция легких: показания и противопоказания, методы контроля, аппаратура. Осложнения ИВЛ.</p> <p>Сердечно - сосудистая система</p> <p>Ишемическая болезнь сердца: факторы риска, клиника, оценка риска анестезии и операции. Диагностика инфаркта миокарда: клинические признаки, ЭКГ, лабораторная диагностика, риск анестезии и операции, особенности интраоперационной диагностики, особенности анестезии. Лечение стенокардии: патофизиология, диагностика и лечение, варианты хирургического лечения, особенности анестезии. Интраоперационная диагностика острого коронарного синдрома, тактика анестезии и лечения.</p> <p>Клапанные поражения сердца: классификация, диагностика, требования к анестезии.</p> <p>Нарушения ритма сердца и проводимости: электрофизиология, этиология, диагностика и лечение. Особенности интраоперационного диагноза и лечения нарушений ритма и проводимости. Искусственный водитель ритма: показания, особенности установки временного стимулятора, осложнения. Особенности анестезии при имплантации постоянного электрокардиостимулятора. Тактика анестезии у больных с искусственным водителем ритма.</p> <p>Сердечная недостаточность: определение, классификация, патофизиология острой и хронической сердечной недостаточности клиника. Дисфункция правого и левого желудочков. Диагностические тесты. Лечение острой и хронической сердечной недостаточности. Особенности анестезии у больных с сердечной недостаточностью. Интенсивная терапия кардиогенного отека легких, кардиогенного шока. Особенности анестезии и интраоперационной тактики при легочной гипертензии. Особенности анестезии при трансплантации сердца.</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

		<p>Тампонада сердца: этиология, патогенез, диагностика. Особенности анестезии и интенсивной терапии при тампонаде сердца.</p> <p>Искусственное и вспомогательное кровообращение. Перфузия: основные компоненты аппаратов (насос, оксигенатор, теплообменник, фильтры), механизмы газообмена, принципы работы. Методы контроля перфузии. Особенности анестезии во время перфузии. Прекращение перфузии.</p> <p>Экстракорпоральная мембранная оксигенация: основные принципы работы аппарата, показания, методы контроля. Интрааортальная баллонная контрпульсация: принципы работы, показания, ограничения. Искусственное сердце и искусственные желудочки сердца. Основные принципы защиты миокарда во время анестезии: физиология, показания, техника, осложнения.</p> <p>Эмболия легочной артерии: этиология, диагностика, лечение. Профилактика эмболии легочной артерии.</p> <p>Гипертоническая болезнь: этиология, патофизиология, стадии заболевания, медикаментозное лечение, оценка риска анестезии и операции. Совместимость гипотензивных препаратов и анестетиков. Лечение гипертензии во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде.</p> <p>Шок: этиология, классификация, патофизиология, тактика интенсивной терапии во время операции, особенности анестезии.</p> <p>Особенности церебральной циркуляции, синдромы избыточной перфузии, обкрадывания. Патофизиология инфаркта мозга. Особенности анестезии, мониторинга, интенсивной терапии во время операций на сонных артериях.</p> <p>Окклюзионные заболевания периферических артерий: выбор метода анестезии, особенности анестезиологического пособия, тактики интраоперационного периода, лечение и профилактика реперфузионных поражений.</p> <p>Аневризма брюшной аорты: анестезиологическое обеспечение плановых операций, тактика интраоперационного ведения, профилактика осложнений.</p> <p>Особенности экстренных операций при разрывах аневризмы брюшной аорты: выбор метода анестезии, тактика анестезиолога во время операций, особенности компенсации кровопотери.</p> <p>Аневризма грудной аорты: классификация, тактика анестезиолога при плановых и экстренных операциях.</p> <p>Центральная нервная система</p> <p>Кома: классификация, диагностика. Дифференциальная диагностика ком.</p> <p>Интоксикация как причина коматозного состояния и поражения центральной нервной системы: препараты, угарный газ, яды насекомых и пресмыкающихся.</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

		<p>СО, ядами насекомых и пресмыкающихся, дифференциальная диагностика.</p> <p>Поражения нервной системы: параплегия, тетраплегия, спинальный шок, автономная гиперрефлексия, мышечные дистрофии, семейный периодический паралич, столбняк. Особенности действия миорелаксантов у здоровых и больных с нейромышечными заболеваниями.</p> <p>Специальные вопросы анестезии в нейрохирургии: выбор анестетиков (влияние препаратов на мозговой кровоток, метаболизм), тактика анестезиолога при различных вмешательствах на головном мозге, тактика при повышенном внутричерепном давлении, влияние положения больного на внутричерепное давление (постуральный эффект), воздушная эмболия, защита мозга при гипоксии и ишемии. Методы исследования в нейрохирургии и их анестезиологическое обеспечение. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии в нейрохирургии.</p> <p>Другие патологии</p> <p>Заболевания печени. Предоперационный осмотр, обследование, выбор метода анестезии и средств анестезии при плановых и экстренных операциях. Проблемы гипо- и гипергликемии в анестезиологии. Тактика анестезиолога при кетоацидозе, гиперосмолярной коме. Особенности анестезии при гепатоклеточных заболеваниях, портальной гипертензии, асците.</p> <p>Заболевания почек. Патофизиология болезней почек, уремия. Выбор метода анестезии и средств анестезии при почечной недостаточности. Особенности ведения больных с артериовенозными шунтами. Анестезиологическое обеспечение трансплантации почек. Особенности функции почек в послеоперационном периоде и при стрессе, олигурия и анурия, значение секреции антидиуретического гормона, изменение фармакокинетики фармакологических средств.</p> <p>Эндокринные нарушения. Анестезиологическое обеспечение операций при болезнях гипофиза. Подготовка к операции, анестезиологическое обеспечение и тактика послеоперационного ведения больных с заболеваниями щитовидной железы. Нарушения метаболизма и гемодинамики при гипо- и гипертиреозе. Тиреоидный криз. Заместительная терапия при заболеваниях щитовидной железы. Нарушения проходимости дыхательных путей при заболеваниях щитовидной железы. Гипер- и гипопаратиреозидизм: физиологические эффекты, лечение и профилактика при острых нарушениях. Заболевания надпочечников: патофизиология, предоперационное обследование, выбор метода и средств анестезии, коррекция острых нарушений периоперационного периода.</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

		<p>Карциноидный синдром.</p> <p>Сахарный диабет: патофизиология, предоперационное обследование, выбор метода и средств анестезии, анестезиологическое обеспечение у больных с сахарным диабетом, интраоперационный мониторинг. Кома при сахарном диабете: виды, диагностика, коррекция, интенсивная терапия.</p> <p>Ожирение: патофизиология, выбор метода и средств анестезии, анестезиологическое обеспечение операций у больных с ожирением.</p> <p>Заболевания желудочно-кишечного тракта. Предоперационное обследование, выбор метода и средств анестезии, тактика интраоперационного ведения.</p> <p>Кишечная непроходимость: причины, патофизиология, выбор метода и средств анестезии, тактика анестезиолога. Проблема полного желудка в хирургии.</p> <p>Изменения желудочного объема и pH желудочного содержимого, тонуса сфинктеров.</p> <p>Болезни крови. Анемии: классификация, патофизиология, механизмы компенсации. Первичные и вторичные полицитемии. Лейкозы.</p> <p>Нарушения свертывания крови: врожденные, приобретенные. Антикоагулянты и их антагонисты. Подготовка к операции при нарушениях свертывания, в том числе обусловленных приемом препаратов.</p> <p>Трансфузии. Заготовка, консервация и хранение цельной крови и ее препаратов.</p> <p>Трансфузия цельной крови и ее компонентов: показания, противопоказания, определение группы крови и кроссматч-тест, совмещение, аппаратура и расходный материал для трансфузии. Влияние охлаждения и согревания на кровь, аппараты для подогрева крови. Компоненты крови, кровозаменители.</p> <p>Реакции на гемотрансфузии: температурные, аллергические, гемолитические.</p> <p>Осложнения гемотрансфузии: гепатит, цитратная интоксикация, электролитные и кислотно-щелочные нарушения. Массивные гемотрансфузии: коагулопатии, гипотермия, легочные осложнения. Альтернатива гемотрансфузиям: гемодилуция, секвестрация, аутотрансфузия.</p> <p>Инфузионная терапия. Баланс жидкости. Физиология и патофизиология водного обмена. Виды инфузионных сред. Показания и противопоказания к инфузии. Методы контроля интраоперационной инфузии.</p>					
2.	Фармакология	<p>Премедикация</p> <p>Виды, этапы методы премедикации. Препараты для премедикации. Нежелательные реакции на премедикацию, индивидуальная реакция, побочные эффекты. Нежелательные реакции на премедикацию, индивидуальная реакция, побочные эффекты, специфические проблемы при некоторых заболеваниях.</p>	6	34	36	80	

		<p>Особенности дозирования препаратов у детей и больных пожилого и старческого возраста. Тактика выбора метода и средств анестезии у больных с отягощенным аллергоанамнезом.</p> <p>Этапы и компоненты анестезии</p> <p>Вводная анестезия. Методики. Препараты. Осложнения. Базисная анестезия. Методики. Препараты. Осложнения. Выход из анестезии. Методики. Препараты. Осложнения. Ранний посленаркозный период. Профилактика осложнений. Компоненты анестезии. Совместимость анестетиков с препаратами, применяемыми при длительном лечении больного до операции. Особенности анестезиологического обеспечения у больных с наркоманией, алкоголизмом, при длительной терапией глюкокортикостероидами.</p> <p>Клиническая фармакология в анестезиологии</p> <p>Ингаляционные анестетики. Классификация. Фармакокинетика ингаляционных анестетиков. Факторы, влияющие на фракционную концентрацию анестетика во вдыхаемой смеси (F_i). Факторы, влияющие на фракционную альвеолярную концентрацию анестетиков (F_A). Факторы, влияющие на фракционную концентрацию анестетика в артерии (F_a). Факторы, влияющие на элиминацию анестетика. Фармакодинамика ингаляционных анестетиков. Теории действия общих анестетиков. Минимальная альвеолярная концентрация. Клиническая фармакология ингаляционных анестетиков: закись азота, галотан (фторотан), энфлюран, изофлюран, десфлюран, севофлюран, ксенон. Выбор ингаляционного анестетика</p> <p>Неингаляционные анестетики. Фармакологические принципы: фармакокинетика, фармакодинамика. Клиническая фармакология. Выбор препарата.</p> <p>Миорелаксанты. Классификация. Нервно-мышечная передача. Недеполяризующий и деполяризующий блок. Механизм действия миорелаксантов, реакция на стимуляцию периферического нерва, восстановление нервно-мышечной проводимости. Фармакокинетика и фармакодинамика недеполяризующих и деполяризующих миорелаксантов.</p> <p>Злокачественная гипертермия: этиология, диагностика, лечение. Выбор метода и средств анестезии при высоком риске злокачественной гипертермии.</p> <p>Ингибиторы ацетилхолинэстеразы. Фармакология лекарственных средств, влияющих на холинергические синапсы. Механизм действия, клиническая фармакология. Отдельные ингибиторы ацетилхолинэстеразы: неостигмин, пиридостигмин, эдрофоний, физостигмин.</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--

		<p>М-холиноблокаторы. Механизм действия. Клиническая фармакология. Отдельные м-холиноблокаторы: атропин, скополамин, гликопирролат. Физиология симпатической нервной системы, адренорецепторов. Фармакокинетика и фармакодинамика адреномиметиков: добутамин, дофамин, адреналин (эпинефрин), норадреналин (норэпинефрин), фенилэфрин, изопротеренол, эфедрин, метилдопа, клонидин (клофелин). Принципы выбора адреномиметика.</p> <p>Адреноблокаторы: классификация, фармакокинетика, фармакодинамика. Применение адреноблокаторов во время анестезии.</p> <p>Гипотензивные средства: классификация, фармакодинамика. Управляемая гипотензия. Купирование интраоперационной и послеоперационной артериальной гипертензии.</p> <p>Местные анестетики. Фармакокинетика, фармакодинамика. Теории действия местных анестетиков. Показания и противопоказания к назначению, побочное действие препаратов.</p> <p>Вспомогательные лекарственные средства. Блокаторы рецепторов гистамина. Антациды. Противорвотные препараты. Неспецифические противовоспалительные средства. Налоксон. Флумазенил.</p>						
3.	Анестезиологическое оборудование и мониторы	<p>Наркозно - дыхательная аппаратура</p> <p>Операционная: системы медицинского газоснабжения, микроклимат и электробезопасность, источники медицинских газов, система доставки и эвакуации медицинских газов.</p> <p>Микроклимат операционной: температура, влажность, вентиляция.</p> <p>Электробезопасность: риск электротравмы, защита от электротравмы, хирургическая диатермия.</p> <p>Воспламенения и взрывы в операционной.</p> <p>Дыхательные контуры. Инсуффляция. Закрытый дыхательный контур. Открытый дыхательный контур. Контур Мэйплсона. Реверсивные контуры.</p> <p>Наркозный аппарат. Общие сведения. Устройство наркозно-дыхательного аппарата. Работа наркозно-дыхательного аппарата при аварийных ситуациях, прекращении подачи электричества, разгерметизации. Испарители. Подача газов. Спирометры и датчики давления в дыхательном контуре (фанометры). Испарители. Респираторы. Тревожная сигнализация при разгерметизации. Система улавливания и отвода отработанных газов. Увлажнители и распылители (небулайзер). Процедура проверки наркозного аппарата. Анализаторы газов в дыхательном контуре: кислорода, углекислого газа,</p>	4	36	34	80	36	

		<p>медицинских газов.</p> <p>Обеспечение проходимости дыхательных путей</p> <p>Анатомия верхних дыхательных путей. Оборудование. Методика прямой ларингоскопии и интубации трахеи. Современные методы обеспечения проходимости дыхательных путей при прогнозируемой трудной интубации. Методика экстубации. Осложнения ларингоскопии и интубации.</p> <p>Мониторинг при анестезии</p> <p>Интраоперационный мониторинг: возможности, основные принципы и стандарты. Гарвардский стандарт интраоперационного мониторинга.</p> <p>Мониторинг кровообращения: артериальное давление, электрокардиография, инвазивное давление, центральная гемодинамика. Катетеризация центральных вен, легочной артерии, канюляция периферических артерий.</p> <p>Мониторинг дыхания. Пульсоксиметрия, мониторинг концентрации газов в дыхательном контуре - углекислого газа в конце выдоха (капнография), концентрации кислорода, анестезиологических газов. Чрезкожный мониторинг содержания кислорода и углекислого газа.</p> <p>Мониторинг центральной нервной системы. Электроэнцефалография, вызванные потенциалы. Методы контроля глубины анестезии.</p> <p>Интраоперационный мониторинг нейро-мышечной передачи.</p>					
4.	Регионарная анестезия и лечение боли	<p>Регионарная анестезия</p> <p>Спинальная, эпидуральная и каудальная анестезия. Анатомия: позвоночник, спинной мозг, кровоснабжение. Физиология: соматическая блокада, висцеральная блокада. Спинальная анестезия: основные принципы, методика. Показания, противопоказания. Предоперационная подготовка, оборудование и безопасность. Факторы, влияющие на спинальную анестезию. Осложнения, их профилактика и лечение. Эпидуральная анестезия: принцип действия, методика. Показания, противопоказания, предоперационная подготовка, оборудование и безопасность. Факторы, влияющие на эффективность эпидуральной анестезии. Осложнения, их профилактика и лечение. Каудальная анестезия: анатомия и физиология, методика, показания, противопоказания, подготовка больного, осложнения и их профилактика.</p> <p>Лечение боли</p> <p>Блокада периферических нервов. Подготовка больного. Осложнения и их профилактика. Иннервация верхней конечности. Методика блокад нервов верхней конечности. Показания, противопоказания, осложнения, профилактика</p>	6	32	32	86	36

		и лечение. Иннервация нижней конечности. Методика блокад нервов нижней конечности. Показания, противопоказания, осложнения, их профилактика и лечение. Другие виды блокада нервных стволов и сплетений. Продленная регионарная анестезия. Выбор метода обезболивания.					
5.	Частная анестезиология	<p>Анестезия при сопутствующих сердечнососудистых заболеваниях Факторы риска сердечнососудистых осложнений при некардиохирургических и кардиохирургических операциях. Артериальная гипертензия: предоперационная подготовка, интраоперационная коррекция, тактика послеоперационного ведения. Ишемическая болезнь сердца: предоперационный подготовка к некардиохирургическим и кардиохирургическим операциям, интраоперационный период (выбор метода и средств анестезии, интраоперационный мониторинг, методы профилактики и лечения интраоперационной ишемии миокарда), послеоперационный период. Приобретенные пороки сердца и гипертрофическая кардиомиопатия: предоперационная подготовка к некардиохирургическим и кардиохирургическим операциям, тактика анестезиологического пособия, послеоперационный период. Врожденные пороки сердца: предоперационная подготовка, интраоперационный период, тактика послеоперационного лечения. Анестезия в сердечнососудистой хирургии Выбор метода и средств анестезии, интраоперационная защита миокарда, диагностика и лечение интраоперационной ишемии миокарда. Искусственное кровообращение: устройство аппарата, гипотермия, защита миокарда, физиологические эффекты искусственного кровообращения. Особенности анестезии в кардиохирургии у взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста. Анестезия при трансплантации сердца Предоперационная подготовка, выбор метода и средств анестезии, интраоперационная тактика. Тактика предоперационной подготовки, выбора метода и средств анестезии, анестезиологического обеспечения у больных с пересаженным сердцем. Анестезия при операциях на аорте, периферических артериях и венах, операциях на сонных артериях: предоперационная подготовка, выбор метода и средств анестезии, тактика анестезиолога в интраоперационном периоде, тактика послеоперационной интенсивной терапии. Особенности анестезии при экстренных операциях на аорте и сосудах. Анестезия при сопутствующих заболеваниях легких</p>	6	32	32	86	

		<p>Факторы риска легочных осложнений. Анестезия при хронических заболеваниях легких: при бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких, рестриктивных нарушениях вентиляции, в том числе обусловленных внелегочными расстройствами, тромбоэмболии легочной артерии.</p> <p>Анестезия в торакальной хирургии Физиологические аспекты торакальной хирургии: положение на боку, открытый пневмоторакс, однологочная вентиляция. Методика однологочной вентиляции, двухпросветные эндобронхиальные трубки. Особенности предоперационной подготовки. Особенности анестезии при резекции легких, вмешательствах на трахее и бронхах. Анестезия при торакоскопических операциях. Анестезиологическое обеспечение диагностических вмешательств. Трансплантация легких: тактика подготовки к операции, анестезии, послеоперационного ведения больных. Анестезия при операциях на пищеводе: предоперационная подготовка, тактика анестезии, профилактика осложнений, тактика послеоперационного периода.</p> <p>Анестезия в нейрохирургии Внутричерепная гипертензия, отек головного мозга: диагностика, лечение, мониторинг. Анестезия при операциях по поводу объемных образований головного мозга: предоперационная подготовка, тактика анестезии. Особенности анестезии при операциях на задней черепной ямке. Анестезия при черепно-мозговой травме: предоперационный период, тактика анестезии. Анестезия при операциях по поводу внутричерепных аневризм и артериовенозных мальформаций: предоперационный период, интраоперационная подготовка, тактика анестезии, выбор средств анестезии, интраоперационный мониторинг. Анестезия при операциях на спинном мозге и позвоночнике: предоперационная подготовка, тактика анестезии, послеоперационный период.</p> <p>Анестезия при сопутствующих нервных и психических заболеваниях Нарушения мозгового кровообращения: этиология, особенности диагностики, предоперационная подготовка, тактика анестезии, послеоперационный период. Эпилепсия: предоперационная подготовка, выбор метода и средств анестезии, тактика анестезии. Особенности предоперационной подготовки и анестезии при дегенеративных и демиелинизирующих заболеваниях, дисфункции вегетативной нервной системы. Особенности предоперационной подготовки и анестезии при травме спинного мозга, спинальном шоке. Особенности</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

		<p>предоперационной подготовки, выбора метода и средств анестезии при психических заболеваниях, пограничных расстройствах психики, нейролептическом синдроме, патологическом пристрастии к алкоголю и наркотическим препаратам.</p> <p>Анестезия при сопутствующих заболеваниях почек</p> <p>Оценка функции почек: азот мочевины крови, креатинин сыворотки, соотношение АМК/креатинин, клиренс креатинина, анализ мочи. Влияние анестезии на организм при нарушении функции почек (неингаляционные и ингаляционные анестетики, миорелаксанты, вспомогательные препараты). Анестезия при почечной недостаточности: патофизиология, предоперационная подготовка, тактика анестезии.</p> <p>Анестезиологическое обеспечение урологических операций: цистоскопия, трансуретральная резекция простаты, экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия, радикальные онкоурологические операции, трансплантация почки. Особенности анестезиологического обеспечения при урологических операциях.</p>					
б.	Реанимация и интенсивная терапия	<p>Методы реаниматологии</p> <p>Сердечно - сосудистая система. Дыхательная система. Мочевыделительная система. Центральная нервная система. Метаболизм, эндокринная система. Хирургическая инфекция и инфекционные болезни. Гематологические нарушения при острых заболеваниях. Органы пищеварения. Мочевыводящие пути. Женская половая сфера. Иммунология и трансплантация. Травма, ожоги. Особые вопросы.</p> <p>Интенсивная терапия критических состояний</p> <p>Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных средств у больных в критических состояниях. Этические и правовые аспекты ИТ. Общие вопросы ухода за больными и принципы интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде. Специальные проблемы, показания, противопоказания, осложнения и ошибки при проведении лечебных манипуляций. Шок. Причины и механизмы развития шоков. Гиповолемический шок. Кардиогенный шок. Сосудистый шок. Обструктивный шок. Комы. Церебральные комы. Метаболические комы. Инфекционные комы. Экзотоксические комы. Тактика при комах неясной этиологии. Острые экзогенные отравления. Механизмы действия ядов. Кардиотоксические яды. Нейротоксические яды. Гепатотоксические яды. Нефротоксические яды. Острая дыхательная недостаточность. ОДН центрального генеза. ОДН обструктивного</p>	4	32	32	88	36

		<p>генеза. ОДН рестриктивного генеза. Острое повреждение легких и острый респираторный дистресс синдром. Инородные тела верхних дыхательных путей. Острая недостаточность кровообращения. Острая сердечная недостаточность. Острая сосудистая недостаточность. Отек легких. Тромбоэмболия легочной артерии. Тампонада сердца. Острая почечная недостаточность. Экстраренальная ОПН. Паренхиматозная ОПН. Инфраренальная ОПН. Острая печеночная недостаточность. Цирроз печени. Токсическое повреждение. Механическая желтуха.</p>					
		ИТОГО	32	202	202	500	144

5. Виды самостоятельной работы

№ п/п	Вид самостоятельной работы	Трудоёмкость, акад. час.
1.	Изучение литературы по модулям (темам)	50
2.	Подготовка рефератов и докладов по предложенной тематике, которые заслушиваются на практическом занятии	40
3.	Подготовка учебных схем, таблиц, слайдов, учебных видеофильмов	30
4.	Создание тематических учебных наборов инструментальных данных и лабораторных исследований	30
5.	Написание учебных историй болезни	30
6.	Работа с учебной и научной литературой	50
7.	Подготовка к тестовому контролю, решение ситуационных задач	40
8.	Дополнение конспекта лекции рекомендованной научно-методической литературой.	50
9.	Выполнение научно-исследовательской работы по актуальным вопросам теоретической и практической медицины с оформлением результатов в виде печатных работ и выступлений на внутренних и внешних конференциях	40
10.	Участие во внутренних конференциях отделения и учреждения, во внешних научно-практических конференциях	30
11.	Участие в разборах клинических случаев, патолого-анатомических конференциях	40
12.	Участие в обходах специалистами отделения	40
13.	Участие в заседаниях проблемно-плановой комиссии	30

6. Учебно-методическое обеспечение дисциплины

6.1. Список литературы

№ 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	Справочно-правовая система «КонсультантПлюс»	http://www.consultant.ru/

2	Информационно-образовательный проект №1	https://praesens.ru/
3	Медицинская статистика	http://medstatistic.ru/
4	Консультант врача Электронная медицинская библиотека	http://www.rosmedlib.ru/
5	Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU	https://elibrary.ru/
6	Бесплатная электронная библиотека «Единое окно доступа к информационным ресурсам»	http://window.edu.ru/

6.3. 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.	Справочно-правовая система «КонсультантПлюс»	http://www.consultant.ru/
6.	Медицинская статистика	http://medstatistic.ru/
7.	Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU	https://elibrary.ru/

7. Материально-техническое обеспечение дисциплины

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. Операционный блок.

7. Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, расходным материалом.

8. 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. Фонд оценочных средств для реализации образовательной программы при изучении дисциплины

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине (модулю) «Анестезиология-реаниматология»

1. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

№ п./п.	Контролируемые разделы дисциплины (модуля) ¹	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства ²
1.	Предоперационное обследование, премедикация, общая анестезиология. Физический статус. Общепатологический осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия. Основные патологические состояния.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК -1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
2.	Фармакология	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК -1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
3.	Анестезиологическое оборудование и мониторы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК -1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач –

¹ Наименование разделов берется из рабочей программы дисциплины (модуля).

² Наименование оценочного средства и способ осуществления оценки компетенции (части контролируемой компетенции) (устно, письменно, компьютерные технологии и др.).

			письменно Контрольные вопросы – устно
4.	Регионарная анестезия и лечение боли	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК -1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
5.	Частная анестезиология	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК -1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно
6.	Реанимация и интенсивная терапия	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Устный опрос – устно Решение тестовых заданий – в электронном виде Решение ситуационных задач – письменно Контрольные вопросы – устно

Оценочные средства

Оценочные средства	Количество
Вопросы тестового контроля	154
Ситуационные задачи	90
Контрольные вопросы	91

Оценивание обучающегося на тестировании

Оценка (пятибалльная)	Количество верных ответов (%)
отлично	75-100
хорошо	50-75
удовлетворительно	25-50
неудовлетворительно	0-25

Тестовые задания

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. полукоткрытый
3. полузакрытый
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 МГ/КГ 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 выбухание 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

61. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПЕРВОГО РАЗРЯДА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ НЕОБХОДИМО

1. проводить непрямой массаж сердца в течение 7 минут
2. выявить картину крупноволновой фибрилляции желудочков на мониторе электрического дефибриллятора
3. ввести лидокаин
4. ввести гидрокарбонат натрия

62. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВОГО РАЗРЯДА ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ СОХРАНЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРИЯ ПОСЛЕДУЮЩИХ РАЗРЯДОВ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО СОВЕТА ПО РЕАНИМАЦИИ, 2005

1. не проводится
2. проводится с увеличивающейся энергией 200-300-360 Дж
3. проводится с постоянной энергией 200-200-200 Дж
4. проводится с постоянной энергией 360-360-360 Дж

63. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ НЕЭФФЕКТИВНА ПРИ

1. выключенном режиме синхронизации
2. некоррегированном ацидозе
3. крупноволновой фибрилляции желудочков
4. желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях

64. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. Атропин

2. Лазикс
 3. гидрокарбонат натрия
 4. Гидрокортизон
65. АЛГОРИТМ РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ ПРИ КРУПНОВОЛНОВОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СОВПАДАЕТ С ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ
1. Асистолии
 2. желудочковой тахикардии с отсутствием пульса на сонных артериях
 3. электромеханической диссоциации с полной атриовентрикулярной блокаде на мониторе электрического дефибриллятора
 4. электромеханической диссоциации с синусовой тахикардией на мониторе электрического дефибриллятора
66. ЕСЛИ ОСТАНОВКА КРОВООБРАЩЕНИЯ РАЗВИЛАСЬ БЕЗ СВИДЕТЕЛЕЙ И НА МОНИТОРЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ВЫЯВЛЯЕТСЯ КРУПНОВОЛНОВАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ, НЕОБХОДИМО
1. внутривенно или эндотрахеально ввести лидокаин в дозе 1 мг/кг
 2. нанести удар по груди
 3. провести электрическую дефибрилляцию монофазным импульсом разрядом 300 Дж
 4. ввести 1 мг адреналина внутрисердечно и начать непрямой массаж сердца
67. ЕСЛИ НА МОНИТОРЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ДЕФИБРИЛЛЯТОРА РЕГИСТРИРУЕТСЯ АСИСТОЛИЯ, СЛЕДУЕТ
1. начать закрытый массаж сердца, внутривенно или внутрисердечно ввести лидокаин, адреналин и кальция хлорид
 2. начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких, ввести внутривенно или эндотрахеально адреналин
 3. произвести электрическую дефибрилляцию
 4. отказаться от проведения реанимационных мероприятий
68. ВОЗДУХОВОДЫ ПРИМЕНИМЫ ДЛЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. предупреждения асфиксии вследствие западения корня языка
 2. защиты дыхательных путей от аспирации желудочного содержимого
 3. удобства масочной вентиляции легких дыхательным мешком
 4. облегчения искусственного дыхания рот в рот
69. ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ СЛУЖИТ ДЛЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. предупреждения аспирации желудочного содержимого
 2. стабильного поддержания проходимости дыхательных путей
 3. профилактики бронхоспазма
 4. экстренного введения лекарственных препаратов
70. АЛЬТЕРНАТИВОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ЗАЩИТЫ ИХ ОТ АСПИРАЦИИ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ЯВЛЯЕТСЯ
1. орофарингеальный воздуховод
 2. выполнение тройного приема Сафара
 3. ларингеальная трубка
 4. желудочный зонд
71. ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНА ПРИ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. остановке дыхания
 2. одышке более 40 дыханий в минуту
 3. частоте дыхания реже 4 в минуту
 4. Сопоре
72. ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНА ПРИ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. гипогликемической коме

2. прогрессирующем отеке верхних дыхательных путей
 3. коме после отравления бензодиазепинами
 4. состоянии клинической смерти
73. ВЫПОЛНЕНИЕ КОНИКОТОМИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТРЕБУЕТСЯ В СЛУЧАЕ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. выраженного аллергического отека верхних дыхательных путей при невозможности интубации трахеи
 2. Ларингоспазма
 3. асфиксии при дифтерии
 4. бронхоастматического статуса
74. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРЕМЕННЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Асистолия
 2. электромеханическая диссоциация
 3. фибрилляция желудочков
 4. полная атриовентрикулярная блокада
75. ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЛНИЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Асистолия
 2. электромеханическая диссоциация
 3. фибрилляция желудочков
 4. полная атриовентрикулярная блокада
76. ПРИ АСФИКСИЧЕСКОМ УТОПЛЕНИИ
1. характерна первичная асистолия
 2. наблюдается фибрилляция желудочков
 3. развивается полная атриовентрикулярная блокада
 4. остановка кровообращения не происходит
77. ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНА ПРИ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. остановке дыхания
 2. одышке более 40 дыханий в минуту
 3. частоте дыхания реже 4 в минуту
 4. Сопоре
78. ИНТУБАЦИЯ ТРАХЕИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНА ПРИ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. гипогликемической коме
 2. прогрессирующем отеке верхних дыхательных путей
 3. коме после отравления бензодиазепинами
 4. состоянии клинической смерти
079. ВЫПОЛНЕНИЕ КОНИКОТОМИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТРЕБУЕТСЯ В СЛУЧАЕ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. выраженного аллергического отека верхних дыхательных путей при невозможности интубации трахеи
 2. Ларингоспазма
 3. асфиксии при дифтерии
 4. бронхоастматического статуса
80. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРЕМЕННЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Асистолия
 2. электромеханическая диссоциация
 3. фибрилляция желудочков
 4. полная атриовентрикулярная блокада

81. ПРИ ПОРАЖЕНИИ МОЛНИЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВИДОМ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Асистолия
 2. электромеханическая диссоциация
 3. фибрилляция желудочков
 4. полная атриовентрикулярная блокада
82. ПРИ АСФИКСИЧЕСКОМ УТОПЛЕНИИ

1. характерна первичная асистолия
2. наблюдается фибрилляция желудочков
3. развивается полная атриовентрикулярная блокада
4. остановка кровообращения не происходит

83. АСФИКСИЧЕСКОЕ УТОПЛЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. первичным ларингоспазмом
2. первичной остановкой кровообращения
3. переломом шейного отдела позвоночника
4. первичной массивной аспирацией жидкости

84. ИСТИННОЕ УТОПЛЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. первичным ларингоспазмом
2. первичной остановкой кровообращения
3. переломом шейного отдела позвоночника
4. первичной массивной аспирацией жидкости

85. СИНКОПАЛЬНОЕ УТОПЛЕНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. первичным ларингоспазмом
2. первичной остановкой кровообращения
3. переломом шейного отдела позвоночника
4. первичной массивной аспирацией жидкости

86. ПРИ СИНЕМ УТОПЛЕНИИ ПЕРВЫМ НЕОТЛОЖНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. тщательное удаление аспирированной жидкости из дыхательных путей с помощью отсоса
2. быстрое восстановление проходимости дыхательных путей и начало искусственной вентиляции легких
3. ингаляция кислорода
4. внутривенное введение преднизолона

87. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ПОСТГИПОКСИЧЕСКОГО ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНО НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ

1. транспортировка с приподнятым на 30 градусов изголовьем
2. адекватная респираторная поддержка на фоне ингаляции кислорода
3. введение лазикса
4. введение антигипоксантов оксибутират натрия, реланиум

88. РАННИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. Одышка
2. Возбуждение
3. артериальная гипертензия
4. Брадикардия

89. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1. неполной обструкции дыхательных путей инородным телом
2. Бронхоспазма
3. острой сердечной недостаточности
4. аллергического отека верхних дыхательных путей

90. СТРИДОРНОЕ ДЫХАНИЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. затруднением дыхания только в фазу вдоха
 2. затруднением дыхания только в фазу выдох
 3. затруднением дыхания в фазы вдоха и выдоха
 4. частым дыханием с периодами апноэ
91. СТРИДОРНОЕ ДЫХАНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
1. обструкции верхних дыхательных путей
 2. бронхоспазма аллергического генеза
 3. острой сердечной недостаточности
 4. приступа бронхиальной астмы
92. НАРУШЕНИЕ ОТХОЖДЕНИЯ МОКРОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. введению мочегонных препаратов
 2. ингаляции увлажненной дыхательной смеси
 3. Гидратации
 4. стимуляции кашля
93. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
1. первичное снижение сердечного выброса
 2. первичное снижение сосудистого тонуса
 3. первичное уменьшение объема циркулирующей крови
 4. снижение венозного притока крови к сердцу
94. СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА ПРИ ИСТИННОМ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ ОБУСЛОВЛЕНО
1. снижением сократительной способности миокарда
 2. препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
 3. генерализованной вазодилатацией
 4. снижением венозного притока крови к сердцу
95. РАЗВИТИЕ ШОКА ПРИ КЛАПАННОМ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ СО СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНО
1. снижением сократительной способности миокарда
 2. препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
 3. генерализованной вазодилатацией
 4. снижением венозного притока крови к сердцу
96. РАЗВИТИЕ ШОКА ПРИ МАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОБУСЛОВЛЕНО
1. снижением сократительной способности миокарда
 2. препятствием кровотоку в малом круге кровообращения
 3. генерализованной вазодилатацией
 4. снижением венозного притока крови к сердцу
97. РАЦИОНАЛЬНЫМ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ТЕРАПИИ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ
1. нитратов и глюкокортикоидов на фоне массивной инфузионной терапии
 2. кардиотоников дофамин, нитратов на фоне поддерживающей инфузионной терапии, ингаляция кислорода
 3. сердечных гликозидов и глюкокортикоидов на фоне инфузии поляризующей смеси, ингаляция кислорода
 4. вазопрессоров норадrenalин и мочегонных препаратов
98. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ПЕРВОЙ ФАЗЫ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
1. снижение сократительной способности миокарда
 2. первичное снижение сосудистого тонуса
 3. первичное уменьшение объема циркулирующей крови

4. препятствие выбросу крови в аорту

99. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ВТОРОЙ ФАЗЫ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение сократительной способности миокарда
2. первичное снижение сосудистого тонуса
3. первичное уменьшение объема циркулирующей крови
4. препятствие выбросу крови в аорту

100. РАЦИОНАЛЬНЫМ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ФАЗЫ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

1. глюкокортикоидов и нитратов на фоне массивной инфузионной терапии, ингаляция кислорода
2. бактериостатических антибиотиков, глюкокортикоидов и антигистаминных препаратов
3. вазопрессоров норадреналин и лазикса на фоне массивной инфузионной терапии
4. глюкокортикоидов и вазопрессоров норадреналин на фоне инфузионной терапии, ингаляция кислорода

101. ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

1. только антигистаминных препаратов
2. только кальция хлорида
3. только глюкокортикоидных препаратов
4. глюкокортикоидных и антигистаминных препаратов

102. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЛГОВЕРА — ЭТО

1. отношение пульса к систолическому артериальному давлению
2. отношение пульса к диастолическому артериальному давлению
3. разница между систолическим и диастолическим давлением
4. отношение пульса к среднему артериальному давлению

103. В НОРМЕ ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЛГОВЕРА РАВЕН

1. 0,5-0,7
2. 1,0-1,2
3. 1,5-2,0
4. 2,2-2,5

104. ШОКОВЫЙ ИНДЕКС АЛЛГОВЕРА КОРРЕКТНО ОТРАЖАЕТ ОБЪЕМ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ И СТЕПЕНЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ПРИ СКЕЛЕТНОЙ ТРАВМЕ В СОЧЕТАНИИ С

1. черепно-мозговой травмой
2. повреждением спинного мозга в шейном отделе
3. повреждением внутренних органов
4. профузным кровотечением при ранении крупных сосудов

105. ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ДО 10% ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

1. изменения гемодинамики отсутствуют
2. пульс учащается на 30%
3. снижается систолическое артериальное давление
4. повышается диастолическое артериальное давление

106. ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ 20-25% ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. изменения гемодинамики отсутствуют
2. пульс учащается на 30%
3. снижается диастолическое артериальное давление
4. уменьшается пульсовое артериальное давление

107. ОСТРАЯ КРОВОПОТЕРЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ

СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА УЖЕ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

1. до 10%
2. 15-20%
3. 25-30%
4. более 30%

108. ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ТАХИКАРДИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ УЖЕ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

1. до 10%
2. более 15%
3. более 20%
4. более 30%

109. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. снижение сократительной способности миокарда
2. первичное снижение сосудистого тонуса
3. первичное уменьшение объема циркулирующей крови
4. болевой синдром

110. ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК I СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

1. 10%
2. 20%
3. 30-40%
4. более 40%

111. ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК II СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

1. 10%
2. 20%
3. 30-40%
4. более 40%

112. ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК III СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ

1. 10%
2. 20%
3. 30-40%
4. более 40%

113. ДЛЯ ШОКА I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

1. ниже 60 мм рт. ст.
2. 60-80 мм рт. ст.
3. 80-90 мм рт.ст.
4. 120-130 мм рт.ст.

114. ДЛЯ ШОКА II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

1. ниже 60 мм рт. ст.
2. 60-80 мм рт. ст.
3. 90-100 мм рт. ст.
4. 100-120 мм рт. ст.

115. ДЛЯ ШОКА III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

1. ниже 60 мм рт. ст.
2. 60-80 мм рт. ст.

3. 90-100 мм рт. ст.

4. 100-120 мм рт. ст.

116. ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1. восполнение дефицита объема циркулирующей крови

2. стимуляция сократительной способности миокарда

3. улучшение реологических свойств крови

4. Дегидратация

117. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ОБЪЕМЕ НЕ МЕНЕЕ

1. 400 мл

2. 50% предполагаемой кровопотери

3. 100% предполагаемой кровопотери

4. 200% предполагаемой кровопотери

118. СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ I СТЕПЕНИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ

1. 20 мл/мин

2. 50-99 мл/мин

3. 100-199 мл/мин

4. 200-300 мл/мин

119. СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ II СТЕПЕНИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ

1. 20 мл/мин

2. 50-99 мл/мин

3. 100-199 мл/мин

4. 200-300 мл/мин

120. СКОРОСТЬ ИНФУЗИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ III СТЕПЕНИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ

1. 20 мл/мин

2. 50-99 мл/мин

3. 100-199 мл/мин

4. 200-300 мл/мин

121. УВЕЛИЧЕНИЕ СКОРОСТИ ВОСПОЛНЕНИЯ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ИЛИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ДОСТИГАЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. проведением капельной инфузии

2. использованием периферических венозных катетеров размером 18G и более

3. катетеризацией двух и более вен

4. проведением инфузии струйно под давлением

122. ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ДО 2 ЛИТРОВ ШОК I И II СТЕПЕНИ ОБЪЕМНОЕ СООТНОШЕНИЕ ПЕРЕЛИВАЕМЫХ КРИСТАЛЛОИДНЫХ И КОЛЛОИДНЫХ РАСТВОРОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ

1. 2:1

2. 1:1

3. 1:2

4. коллоидные препараты не применяются

123. ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ БОЛЕЕ 2 ЛИТРОВ ШОК III СТЕПЕНИ ОБЪЕМНОЕ СООТНОШЕНИЕ ПЕРЕЛИВАЕМЫХ КРИСТАЛЛОИДНЫХ И КОЛЛОИДНЫХ

РАСТВОРОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ

1. 2:1
2. 1:1
3. 1:2

4. кристаллоидные препараты не применяются

124. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ИЛИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИНФУЗИОННЫЕ РАСТВОРЫ Н(АЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. 0,9% раствор натрия хлорида
2. раствор гидроксиэтилкрахмала
3. Реополиглюкин
4. Полиглюкин

125. ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ ДО 2 ЛИТРОВ ШОК I И II СТЕПЕНИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ИЗ КОЛЛОИДНЫХ ИНФУЗИОННЫХ РАСТВОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Альбумин
2. Реополиглюкин
3. 6% раствор гидроксиэтилкрахмала
4. 10% раствор гидроксиэтилкрахмала

126. ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ БОЛЕЕ 2 ЛИТРОВ ШОК III СТЕПЕНИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С ВВЕДЕНИЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. комбинированного раствора 7,2% натрия хлорида и 6% гидроксиэтилкрахмала 2000.5 ГиперХАЕС
2. 5% раствора глюкозы
3. 10% раствора гидроксиэтилкрахмала 2000.5
4. Полиглюкина

127. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕГРЕВАНИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. слабая головная боль
2. неизменные кожные покровы, нормальная температура тела
3. гиперемия и влажность кожных покровов, повышенная температура тела
4. Тахикардия

128. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕГРЕВАНИЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. сильная головная боль, тошнота, рвота
2. сухая кожа, горячая на ощупь
3. гиперемия и влажность кожных покровов, повышенная до 39-40°C температура тела
4. выраженная тахикардия и одышка

129. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕГРЕВАНИЯ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. возбуждение или кома, возможны судороги
2. гиперемия и влажность кожных покровов, температура тела выше 40°C
3. гиперемия и сухость кожных покровов, температура тела выше 40°C
4. выраженная тахикардия, артериальная гипотензия, частое поверхностное дыхание

130. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПЕРЕГРЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. применение физических методов охлаждения
2. проведение инфузионной терапии кристаллоидными растворами
3. фармакологическая коррекция гипертермии и противосудорожная терапия
4. введение дыхательных analeптиков кордиамин, кофеин

131. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ЛЕГКОЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. заторможенность
2. бледность кожных покровов, мышечная дрожь, способность к самостоятельному движению
3. тахикардия
4. умеренная брадикардия до 60-70 ударов в минуту

132. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ СРЕДНЕЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. спутанность сознания
2. мраморность кожных покровов, поза скрючившегося человека, неспособность к самостоятельному движению
3. брадикардия и артериальная гипотензия
4. Одышка

133. РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. согревание одеялами или использование металлизированных покрытий
2. внутривенное введение теплых кристаллоидных растворов
3. введение дроперидола
4. бережная транспортировка

134. ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ГОЛОВЫ И ШЕИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 5%
2. 9%
3. 12%
4. 18%

135. ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ПЕРЕДНЕЙ ИЛИ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ТУЛОВИЩА СОСТАВЛЯЕТ

1. 9%
2. 12%
3. 18%
4. 25%

136. ПЛОЩАДЬ ОЖОГА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 9%
2. 12%
3. 18%
4. 25%

137. ПЛОЩАДЬ ОЖОГА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

1. 9%
2. 12%
3. 18%
4. 25%

138. К ГЛУБОКИМ ОТНОСЯТСЯ ОЖОГИ

1. I степени
2. II степени
3. IIIa степени
4. IIIб степени

139. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОЖОГА II СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гиперемия кожи
2. отслойка эпидермиса с образованием пузырей
3. омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез

4. некроз всех слоев дермы
140. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОЖОГА IIIА СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. отслойка эпидермиса с образованием пузырей
 2. омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
 3. некроз всех слоев дермы
 4. некроз кожи и расположенных под ней тканей
141. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОЖОГА IIIБ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. отслойка эпидермиса с образованием пузырей
 2. омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц, потовых и сальных желез
 3. некроз всех слоев дермы
 4. некроз кожи и расположенных под ней тканей
142. ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ОЖОГОВОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
1. снижение сократительной способности миокарда
 2. первичное снижение сосудистого тонуса
 3. первичное уменьшение объема циркулирующей крови
 4. Гипертермия
143. ОЖОГОВЫЙ ШОК РАЗВИВАЕТСЯ УЖЕ ПРИ ПЛОЩАДИ ПОРАЖЕНИЯ
1. 5-10% глубокого ожога или поверхностного с отягощающими факторами
 2. 15-20% глубокого ожога или поверхностного с отягощающими факторами
 3. 20-40% глубокого ожога
 4. более 40% глубокого ожога
144. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОЖОГА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. осиплость голоса и затруднение дыхания стридорозного характера
 2. ожог лица и полости рта
 3. частое и глубокое дыхание
 4. следы копоти в носовых ходах
145. ОЖОГ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ОЖОГУ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА
1. 5%
 2. 10%
 3. 15%
 4. 25%
146. ОБРАБОТКА ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)
1. удаление инородных тел, частей одежды, некротизированной ткани
 2. асептическую повязку
 3. охлаждение холодными стерильными растворами
 4. охлаждение криопакетами
147. РАЦИОНАЛЬНЫМ ДОГОСПИТАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ТЕРАПИИ ОЖОГОВОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ
1. обезболивание, инфузионная терапия, первичная хирургическая обработка ожоговой поверхности с охлаждением, госпитализация
 2. обезболивание, инфузионная терапия, асептическая повязка на ожоговую поверхность с охлаждением, оксигенотерапия, госпитализация
 3. обезболивание, асептическая повязка на ожоговую поверхность с охлаждением, оксигенотерапия, госпитализация
 4. инфузионная терапия, асептическая повязка на ожоговую поверхность, госпитализация
148. ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ГОСПИТАЛИЗИРУЮТСЯ ПОСТРАДАВШИЕ С (НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ)

1. поверхностными ожогами более 10% поверхности кожи или глубокими ожогами любой площади

2. признаками ожога верхних дыхательных путей

3. Электроожогами

4. ожогами любой площади и глубины, локализующимися на передней брюшной стенке

149. ОБРАБОТКА ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ АЛЮМИНИЙ-ОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ ПРОВОДИТСЯ

1. Водой

2. 20% раствором глюкозы

3. бензином или керосином

4. 40-70% этиловым спиртом

150. ОБРАБОТКА ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ НЕГАШЕНОЙ ИЗВЕШЬЮ ПРОВОДИТСЯ

1. Водой

2. 20% раствором глюкозы

3. бензином или керосином

4. 40-70% этиловым спиртом

151. ОБРАБОТКА ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СОЕДИНЕНИЯМИ ФОСФОРА ПРОВОДИТСЯ

1. Водой

2. марганцовокислым калием

3. бензином или керосином

4. 40-70% этиловым спиртом

152. ОБРАБОТКА ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СОЕДИНЕНИЯМИ ФЕНОЛА ПРОВОДИТСЯ

1. Водой

2. 20% раствором глюкозы

3. бензином или керосином

4. 40-70% этиловым спиртом

153. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ АНЕСТЕТИКАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. Сложностью подачи анестетика пациенту

2. Отсутствием необходимости в специальной медицинской аппаратуре

3. Низкой эффективностью

4. Токсическим воздействием анестетика на медицинский персонал

5. Затруднением диагностики повреждения внутренних органов при поступлении больного в стационар

154. ИНГАЛЯЦИОННЫМ АНЕСТЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. Кетамин

2. Закись азота

3. Гексенал

4. Лидокаин

5. Натрия оксибутират

Оценивание обучающегося при решении ситуационных задач

Оценка (пятибалльная)	Требования к знаниям
отлично	«Отлично» выставляется обучающемуся, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеющему

	научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины
хорошо	«Хорошо» выставляется обучающемуся, обнаружившему полное знание программного материала
удовлетворительно	«Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему достаточный уровень знаний основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении
неудовлетворительно	«Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера

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?

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?

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?

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?

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. Hb – 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?

Задача 6

Больного С. 38 лет сбила 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. Ps – 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?

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 15,7×10⁹. 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?

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 н\3 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?

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?

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.

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

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?

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?

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 синевато-багровыми, 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?

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?

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?

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., Нв 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?

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. НВ - 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 НВ и Нт?

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 среднеключичной линии слева колото-резанная рана 1х0,7 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?

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-10,2x10⁹, 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?

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?

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.

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 материю. 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 15x10⁹, 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?

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 $13.2 \cdot 10^9$.

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?

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

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?

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 /го 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?

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 кровоподтек, распространяющийся 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?

Задача 29

Реанимобилем в больницу доставлен пострадавший после автоаварии, случившейся 1 час назад. Уровень сознания – кома, проводится 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?

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?

Задача 31

Больному хроническим калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование

холедоха. Ложе желчного пузыря было тщательно ушито. Поставлен страховой дренаж в подпеченочное пространство. Через сутки по страховому дренажу стала выделяться кровь до 100 мл, признаков перитонита нет.

Вопросы:

1. Откуда возникло кровотечение?
2. Причина кровотечения?
3. Нужна ли релапаротомия?
4. Тактика лечения?
5. Что следовало сделать для профилактики данного кровотечения?

Задача 32

Больной 25 лет доставлен в приемный покой с жалобами на боли в левой половине живота, слабость. Из анамнеза – около часа назад упал на бордюрный камень левым боком. При осмотре кожа и слизистые бледные, левая половина живота и грудной клетки отстают в дыхании, пульс 120 в 1 минуту, А.Д. 90 и 70 мм. рт. ст., живот при пальпации напряжен в левой половине, перкуторно притупление в отлогих местах живота.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое исследование подтвердит диагноз?
3. Источник кровотечения?
4. Что следует провести в предоперационном периоде?
5. Как окончательно остановить кровотечение и восполнить кровопотерю?

Задача 33

Больной доставлен с места автоаварии на носилках. При осмотре внешних повреждений нет. Отмечается деформация и увеличение в объеме правого бедра, движения в правой ноге резко ограничены, пульс 130 в 1 минуту, А.Д. 130 и 80 мм. рт. ст., больной заторможен, на вопросы отвечает медленно.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие осложнения травмы произошли?
3. Как высчитать примерный объем кровопотери?
4. Какой примерный объем кровопотери?
5. Первая врачебная помощь в данной ситуации?

Задача 34

Больной доставлен через полчаса с места травмы скорой помощью. Из анамнеза - произошел порез левого предплечья во время работы в огороде на даче. Врач скорой помощи остановил кровотечение давящей повязкой. При ревизии раны началось струйное пульсирующее кровотечение.

Вопросы:

1. Какой вид кровотечения имеет место?
2. Методы временной остановки данного кровотечения?
3. Критерий наложения жгута на конечность?
4. Метод окончательной остановки кровотечения?
5. Следует ли провести профилактику столбняка?

Задача 35

Больному проведено вскрытие и санация обширной флегмоны ягодицы. На 4-е сутки повязка стала обильно промокать алой кровью, по снятию повязки началось мелкоструйное кровотечение из разных мест раны.

Вопросы:

1. Какой вид кровотечения имеет место?
2. Причина кровотечения?
3. Методы временной остановки кровотечения в данном случае?
4. Методы гемостатической терапии?
5. Меры профилактики вторичных кровотечений?

Задача 36

У пострадавшего 59 лет, с массивным внутрибрюшным кровотечением, после окончательной его остановки, сохраняется выраженная анемия – гемоглобин 80 г/л и гипоксия. Больной находится в операционной, операция закончена.

Вопросы:

1. Где должен лечиться данный больной?
2. Что такое «порог смерти»?
3. Критерий объема инфузионной терапии при восполнении кровопотери?
4. Критерий коррекции гемоглобина при коррекции кровопотери?
5. Ведущее гемотрансфузионное осложнение?

Задача 37

Вы лечите пострадавшего с невосполненной кровопотерей в отделении реанимации. При осмотре одышка, пульс 140 в 1 минуту, АД. 70 и 30 мм. рт. ст., окончательная остановка кровотечения была выполнена, однако продолжается незначительное капиллярное кровотечение из линии послеоперационных швов.

Вопросы:

1. Как высчитать шоковый индекс (ШИ) Алговера-Бурри?
2. Какова кровопотеря у данного больного?
3. Каков объем инфузии и ее главные компоненты?
4. Какие пробы обязательно выполняют при переливании крови?
5. Какие методы окончательного гемостаза Вы знаете?

Задача 38

Больной доставлен в приемное отделение в тяжелом состоянии после падения с 3 этажа жилого дома, в состоянии алкогольного опьянения. При обследовании выявлено: состояние сознания-кома, пульс 120—нитевидный, АД- 70/30 мм.рт.ст., при аускультации – дыхание справа отсутствует, живот мягкий, на пальпацию пациент не реагирует. Хирургом приемного отделения пациент направлен в рентгенологический кабинет для выполнения рентгенологического обследования головы, груди, живота, а также компьютерной томографии органов брюшной полости. В КТ кабинете - пациент скончался.

Вопросы:

- 1) какие основные ошибки допустил хирург приемного отделения в обследовании пациента?
- 2) какие методы обследования используются для диагностики внутрибрюшного кровотечения у больных с нестабильной гемодинамикой?
- 3) Какой метод исследования используется для диагностики разрывов мочевого пузыря?
- 4) Какой метод исследования является приоритетным в диагностике черепно-мозговой травмы?
- 5) В каком порядке должна быть выполнена пациенту операция с внутрибрюшным кровотечением?

Задача 39

Больной доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе. В процессе обследования пациента, был установлен диагноз: острый холецистит. Больного решено

оперировать спустя 12 часов после поступления после предварительной предоперационной подготовки.

Вопросы:

- 1) какая (экстренная, срочная или плановая) операция планируется больному?
- 2) дайте определение экстренной операции?
- 3) Дайте определение срочной операции?
- 4) Определение плановой операции?
- 5) Что такое паллиативная операция?

Задача 40

У пациента через 4 часа после операции холецистэктомии по поводу острого холецистита, отмечено поступление крови со сгустками по дренажной трубке в количестве 500мл. Пациент жалуется на слабость, пульс 100 уд. в минуту, АД-100/70 мм.рт.ст., гемоглобин-110г/л.

Вопрос:

- 1)какое осложнение возникло у пациента?
- 2)тактика?
- 3) Какой метод исследования является приоритетным в диагностике черепно-мозговой травмы?
- 4)перечислите несколько любых возможных осложнений в раннем послеоперационном периоде?
- 5) Что такое паллиативная операция?

Задача 41

Больная В., 60 лет, кипятила белье и получила ожог кипятком всей передней брюшной стенки. Возникла сильная боль в этой зоне, сознание не теряла. Вскоре на коже появились большие напряженные пузыри, содержащие жидкость желтого цвета и небольшие пузыри, с серозным экссудатом. Вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в отделение камбустиологии.

При осмотре: состояние средней тяжести. Жалобы на сильные боли в зоне поражения. PS 92 уд. в 1 мин. АД 150/100 мм рт ст. При локальном осмотре: на передней брюшной стенке вышеперечисленные изменения, только часть больших пузырей лопнула, дно их красное, влажное, чувствительность при прикосновении снижена, видны устья потовых желез. В некоторых крупных пузырях желеобразное содержимое желтоватого цвета.

Вопросы:

1. Назовите полный диагноз и степень поражения.
2. Определите площадь поражения.
3. Профилактику каких видов инфекции необходимо проводить?
4. Какое должно быть общее и местное лечение?
5. Какими способами вы определите прогноз данной патологии?

Задача 42

Больной Ф., 48 лет находится в отделение реанимации в течение 6 суток после получения ожогов пламенем грудной клетки, верхних конечностей и лица. Площадь глубоких ожогов составляет 20% поверхности тела, 10% поверхностных ожогов.

Состояние больного тяжелое, вял, заторможен. Жалобы на тошноту, рвоту, жажду, боли в местах ожогов. PS 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт ст. T-38 °C. Язык сухой. Желтушность склер. Цианоз губ. В легких хрипов нет. Живот умеренно. Стула не было в течение 3 суток. Отмечается полиурия.

Вопросы:

1. Укажите полный диагноз и период заболевания
2. Чем обусловлена тяжесть состояния больного? Определите индекс Франка.

3. Показана ли в этот период экстренная профилактика столбняка и антибиотикотерапия?
4. Общее лечение конкретного больного
5. Местное лечение

Задача 43

Больной М., 26 лет, находится в клинике с обширными ожогами тела. Несмотря на проводимую активную антибактериальную, инфузионную терапию, направленную на коррекцию гомеостаза и парентерального питания, появилась лихорадка выше 38,5-39⁰, тахикардия более 110 уд. в мин., одышка, озноб, увеличение селезенки, токсический нефрит, метастатические гнойные очаги в печени и легких.

Вопросы:

1. О чем свидетельствует вышеизложенная симптоматика?
2. Назовите наиболее вероятную причину возникновения вышеизложенной клинической картины.
3. Какой метод исследования позволит уточнить диагноз?
4. Особенности дальнейшей врачебной тактики ведения этого пациента.
5. Что бы Вы рекомендовали для лечения этого пациента?

Задача 44

Больная М., 55 лет во время приготовления пищи опрокинула на ноги кастрюлю кипятка. Никаких действий не выполняла, сразу вызвала «скорую помощь» и была госпитализирована. Жалобы на жгучие боли в обеих стопах. При осмотре: обе голени и стопы гиперемированы, отечны, на коже стоп множественные напряженные пузыри с серозным содержимым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Классификация степени тяжести ожогов?
3. Следует ли вскрыть пузыри сразу?
4. Чем образованы данные пузыри?
5. Лечебная тактика? Прогноз заболевания?

Задача 45

Во время экстренной операции по поводу желудочно-кишечного кровотечения пациенту по показаниям было струйно перелито 2 дозы эритроцитарной массы. В конце переливания второй ампулы отмечено резкое снижение АД до 60/20 мм рт. ст., тахикардия до 162 ударов в минуту. Отмечена макрогематурия по мочевому катетеру, повышенная кровоточивость из операционной раны.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Возможные причины развития данного состояния
3. Чем обусловлена макрогематурия у данного пациента?
4. Какие пробы следует проводить перед переливанием эритроцитарной массы?
5. Лечебные мероприятия при данном состоянии

Задача 46

Во время переливания эритроцитарной массы, совместимой по системе АВО и резус-фактору у пациента отмечено повышение температуры тела до 38 градусов, озноб, одышка, появились высыпания на коже в виде крапивницы. Переливание было приостановлено, пациенту внутривенно введен супрастин, хлорид кальция. На фоне проведенной терапии состояние нормализовалось, указанные явления купированы.

Вопрос

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Как классифицируются гемотрансфузионные реакции по степени тяжести?
3. В чем разница между гемотрансфузионными реакциями и гемотрансфузионными осложнениями?
4. В чем разница между аллергическими и пирогенными реакциями?
5. Общие принципы лечения гемотрансфузионных реакций.

Задача 47

У пациента, во время инфузии реополиглюкина, рекомендованной анестезиологом в плане предоперационной подготовки появились резкие боли в груди, одышка, сильный кашель, цианоз верхней половины туловища, частый слабый пульс, падение артериального давления. Пациент беспокоен, хватается себя руками за грудь. В системе для переливания видны множественные пузырьки воздуха.

Вопрос

1. Какое осложнение развилось в результате переливания?
2. Какие причины чаще всего лежат в основе развития данного осложнения?
3. Какие действия необходимо предпринять при появлении клинических признаков данного состояния?
4. Какое количество воздуха достаточно для развития данного состояния?
5. К какой группе плазмозамещающих растворов относится реополиглюкин?

Задача 48

Больной обратился в стационар с жалобами на боли по всему животу, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что 2 суток назад был избит неизвестными. Находился дома, принимал алкоголь и обезболивающие средства.

При осмотре: бледность кожного покрова. АД 130/90 мм рт. ст., тахикардия до 100 ударов в минуту; язык сухой, обложен белым налетом, живот вздут, напряжен и болезненный во всех отделах; симптом Щеткина-Блюмберга положительный, пиеркуторно - симптом исчезновения печеночной тупости; рентгенологически свободный газ в брюшной полости под правым куполом диафрагмы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что должно насторожить Вас в анамнезе заболевания и почему?
3. О чем свидетельствует симптом отсутствия печеночной тупости?
4. Что является подтверждением Вашего диагноза?
5. Лечение.

Задача 49

Больной К. 68 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на боли в правом подреберье в течение 5 суток, тошноту, рвоту, появившиеся после приема жирной пищи. При осмотре выявлена болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье, тахикардия, сухой язык, слабо положительные симптомы раздражения брюшины в этой области. Здесь же пальпируется плотное болезненное образование. После проведения консервативной терапии в течение 3 часов, состояние больного не улучшилось. Проведенная УЗИ этой области позволила уточнить диагноз, и больной был оперирован. В послеоперационном периоде у больного развились признаки легочной недостаточности.

Вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Срочность и характер операции, выполненной больному.
3. Наиболее вероятная причина развития легочной недостаточности на 3 сутки послеоперационного периода.

4. Причины развития этого осложнения.

5. Лечение осложнения.

Задача 50

Больной поступил в стационар с жалобами на боли в животе постоянного характера, тошноту, рвоту. Из анамнеза известно, что заболел 2 суток назад, когда появились боли в эпигастрии, локализовавшиеся в последствии в правой подвздошной области, а затем, приобретшие разлитой характер, присоединилась тошнота, появилась рвота.

При осмотре: кожа бледная, АД 120/80 мм рт. ст., тахикардия до 92 ударов в минуту, язык сухой, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, напряжен, болезненный в правой половине, где определяется слабо положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Какой из этих методов наиболее информативен?
4. С какой патологией необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Лечение

Задача 51

Больную в течение 2 недель беспокоил кашель, повышение температуры тела до 38 С. При обращении к врачу была выявлена правосторонняя пневмония, лечилась амбулаторно, без видимого эффекта. В дальнейшем появились колющие боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле, температура тела повысилась до 39 С, появилась тахикардия 96-98 ударов в минуту, одышка до 28 в минуту, цианоз. При перкуссии отмечено притупление перкуторного звука до IV ребра справа, ослабление дыхания над этой зоной.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить?
3. В каком месте в этом случае необходимо пунктировать больную?
4. Какие функции выполняет плевральная пункция в данном случае?
5. Лечение.

Задача 52

Больной 5 дней назад на стройке получил рану в области коленного сустава ржавым гвоздем. Жалуется на сильные боли в области правого коленного сустава, чувство распирания, ограничения движений, повышение температуры тела до 39 С, озноб.

При осмотре: конечность находится в полусогнутом состоянии, в области сустава отек, гиперемия, увеличение его в объеме, резкие боли при пальпации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Какие осложнения возможны?
4. Консервативная терапия.
5. Когда показано оперативное лечение?

Задача 53

Женщина 68 лет, страдающая ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией, внезапно почувствовала сильную боль в левой нижней конечности - «как удар электрическим током». При осмотре - бледность нижней конечности, прохладная на ощупь. Движения в ней резко ограничены. Пульсации на сосудах не, включая бедренную артерию слева, нет. Явления парестезии. Отека нет.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Причина развития данного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Дополнительные методы диагностики?
5. Лечение этого заболевания?

Задача 54

Больной К. ,72 лет. находился в кардиологическом отделении с диагнозом острый инфаркт миокарда, мерцательная аритмия. Через 10 суток от начала заболевания почувствовал внезапную резкую боль в левой голени» ее похолодание, бледность кожных покровов голени. При осмотре - голень холодная на ощупь, бледная, пульсация периферических сосудов на стопе и голени отсутствует, болевая и тактильная чувствительность сохранены, активные движения в суставах ограничены. Бедро теплое, кожа на нем не изменена.

Вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие стадии проходит данный процесс?
3. Дополнительные методы исследования.
4. Ослоишения данного заболевания.
5. Лечение.

Задача 55

Больной Х. 48 лет. приехал из Средней Азии, где работает ветеринарным врачом. Обратился к врачу с болями в правом подреберье, тошноту. При осмотре - пальпаторно определяется плотноэластическое опухолевидное образование в правой доле печени, которая увеличена. В анализе крови обращает па себя внимание выраженная эозинофилия.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Этиология данной патологии, ее виды.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Возможные осложнения этого заболевания
5. Лечение

Задача 56

Больной Б., 28 лет доставлен в больницу через сутки после огнестрельного ранения мягких тканей правой голени. При осмотре - состояние больного тяжелое. PS - 116 уд. в мин. АД 100-70 мм.рт.ст. Выражены симптомы интоксикации. Голень резко отечна, отмечается крепитация. Из раны - пенистое зловонное геморрагическое отделяемое. PS на тыле стопы сохранен.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите возможных возбудителей заболевания?
3. Методы верификации возбудителя заболевания?
4. Лечение данной патологии?
5. Специфическая терапия этого заболевания?

Задача 57

Больной К. 75 лет. страдающий облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, получил во время работы на даче ушибленные раны I и II пальцев правой стопы, Промыл раны H2O2, обработал раствором йода, Через 2-3 дня развилось гнойное воспаление мягких тканей I и II п. правой стопы. Лечился амбулаторно в поликлинике в течение 1,5 месяцев. Воспалительные явления в области ран оставались. грануляции

практически отсутствовали. На рентгенограмме правой стопы выявлены деструктивные изменения концевой фаланги I п. и деструктивные изменения головок костей образующих межфаланговый сустав II п. пр. стопы.

Вопросы.

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. Имеется какая-либо взаимосвязь между атеросклерозом и возникшими осложнениями?
3. Какое тяжелое осложнение может возникнуть у больного с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей?
4. Назовите классификацию гнойных артритов?
5. Лечение данного больного?

Задача 58

Больной Б., 38 лет, работая на садовом участке, получил ушибленную рану правой голени, загрязненную землей. Рану промыл перекисью водорода, наложил сухую повязку. К врачу не обращался. Через 10 дней у больного повысилась температура тела до 39, головная боль, слабость, обильное потоотделение, судороги. Состояние тяжелое.

Бледность кожи, клонические и тонические судороги, «сардоническая улыбка». PS 120 уд. в мин, затруднение дыхания. Рана в нижней трети голени 3x5 см, глубиной 0.5 см. Скудное ссозно-геморрагическое отделяемое. Вопросы.

1. Диагноз?
2. Возможная причина развития этого осложнения?
3. Какая должна была быть выполнена профилактика данного осложнения?
4. Перечислите все возможные симптомы этого заболевания помимо указанных?
5. Лечебная тактика у данного больного?

Задача 59

У больной В., 50 лет появилась потертость в области верхне-наружного квадранта левой молочной железы, которую больная смазывала детским кремом. Через 5 дней в этой области появились болезненная припухлость размерами 3x4x2 см., умеренная гиперемия кожи над ней, прикладывала теплую грелку в течение 3 дней; после чего отметила усиление болей и гиперемии в этой зоне, флюктуацию в центре, повышение t тела до 38 градусов.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Назовите полную классификацию данной патологии?
3. Дифференциальный диагноз?
4. каким возбудителем чаще всего вызывается данная патология?
5. Лечение данного заболевания?

Задача 60

Больной К. 28 лет поступил в отделение с жалобами на боли и отек III п. правой кисти, затруднение движения в пальце, высокую температуру. Заболел 3 дня назад, когда на производстве получил колотую рану дистальной фаланги III пальца правой кисти на ладонной поверхности. В медпункте произведена обработка раны йодом, наложена асептическая повязка. При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. РЗ-98 уд в мин, t-38 градусов, слабость, недомогание. L-12,8. III палец утолщен, напряжен и резко болезненный в дистальной фаланге. Умеренная гиперемия в этой зоне.

Вопросы,

1. Ваш диагноз?
2. Назовите полную классификацию данной патологии?
3. Возможные осложнения этого заболевания?
4. Необходимо ли применять какой-либо метод обезболивания для лечения этой патологии?

5.Ваша лечебная тактика?

Задача 61

Больной Л. 18 лет после маникюра появились боли во II пальце правой кисти, повысилась температура до 38,5 градусов. При осмотре в стационаре имеется отек и гиперемия ногтевого валика, красная продольная полоса на предплечье. В правой подмышечной области болезненное уплотнение, подвижное, размерами 2х3 см.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Причина развившихся осложнений?
3. Возможные исходы заболевания, локализирующегося в правой подмышечной области?
4. Лечение основного заболевания?
5. Лечение осложнений, развившихся у больной?

Задача 62

Больной Ж., 24 года, обратился к врачу с жалобами на боли и зуд в области заднего прохода, особенно во время дефекации, повышение температуры тела до 37,8 градусов. При осмотре: имеется гиперемия в области ануса слева, где пальпируется болезненный инфильтрат 4 на 3 см с флюктуацией в центре. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется болезненность левой стенки прямой кишки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Дать определение этого процесса
3. Какие формы данного процесса различают?
4. Какой метод обезболивания Вы выберете?
5. Лечение

Задача 63

У пациента 56 лет планируется выполнение резекции желудка. В процессе проведения общего обезболивания выявляются следующие признаки: ослабление и затем полное исчезновение рефлексов (гортанно-глоточного и роговичного), дыхание спокойное, пульс и артериальное давление на донаркозном уровне, зрачки постепенно расширяются, параллельно с этим происходит ослабевание их реакции на свет. Движения глазных яблок нет, зрачки устанавливаются центрально, начинается расслабление скелетных мышц.

Вопросы:

- 1) Какая стадия наркоза у пациента?
- 2) Целесообразно ли на этой стадии выполнение хирургического вмешательства на органах брюшной полости?
- 3) на какие группы делятся миорелаксанты?
- 4) перечислите несколько ингаляционных анестетиков
- 5) используется ли в настоящее время открытый способ проведения ингаляционной анестезии?

Задача 64

Пациента, страдающего раком желудка готовят к оперативному вмешательству. Накануне операции анестезиолог беседует с пациентом, выясняет анамнестические данные о перенесенных заболеваниях, лекарственной аллергии, оценивает состояние всех систем организма. На ночь пациенту дают снотворное, делают очистительную клизму, запрещают есть и пить, вводят зонд в желудок и очищают его. Непосредственно перед операцией делают премедикацию.

Вопросы:

- 1)С какой целью пациенту перед наркозом вводят зонд в желудок и очищают его?

- 2) Что включает в себя премедикация?
- 3) Что такое нейролепсия?
- 4) Каким термином обозначается торможение вегетативных рефлексов?
- 5) Чему соответствует четвертая фаза наркоза?

Задача 65

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

Вопросы:

- 1) Какой предположительно диагноз
- 2) лечение подобного осложнения?
- 3) какой основной метод профилактики данного осложнения?
- 4) назовите еще три любых осложнения общей анестезии?
- 5) Сколько уровней в хирургической фазе наркоза?

Задача 66

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

Вопросы:

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

Задача 67

У больного в момент выведения из эндотрахеального наркоза развились явления дыхательной недостаточности. При аускультации легких хлопочущее дыхание, цианоз лица, в полости рта рвотные массы. В момент экстубации обнаружено, что разорвалась манжетка на эндотрахеальной трубке.

Вопросы

1. Укажите вид развившегося осложнения?
2. Объем лечебных мероприятий при данном осложнении?
3. Какое заболевание может возникнуть в послеоперационном периоде?
4. Как можно диагностировать данное заболевание?
5. Лечение больного в послеоперационном периоде?

Задача 68

Больная в течение 6 часов находилась в развалинах дома с придавленной правой нижней конечностью бетонным перекрытием потолка. Жалобы на слабость, вялость, боли в правой нижней конечности и поясничной области.

При осмотре: кожа конечности цианотична, отечность конечности умеренная, АД 110/70, пульс 92 удара в минуту.

Вопросы

1. Ваш диагноз. Дать определение данной патологии.
2. Какие методы обследования необходимо выполнить?

3. Чем обусловлены боли в пояснице?
4. Степень тяжести?
5. Лечение.

Задача 69

Больной, упал на вытянутую правую верхнюю конечность. Появилась резкая боль в правом плечевом суставе, невозможность движений в нем.

При осмотре: правая верхняя конечность находится в вынужденном положении, плечевой сустав отечен, с кровоизлияниями на коже, деформирован. Активные и пассивные движения в нем невозможны.

Вопросы,

1. Ваш предположительный диагноз? Дать определение этой патологии.
2. Какое исследование необходимо выполнить пациенту и для чего?
3. Какие манипуляции необходимо выполнить при транспортировке этого пострадавшего.
4. Виды обезболивания, используемые в лечении этой патологии?
5. Лечение.

Задача 70

Больной обратился самостоятельно в травмпункт с жалобами на боли в правом предплечье. Из анамнеза известно, что 2 часа назад на правое предплечье упала металлическая труба.

При осмотре: в средней трети правого предплечья имеется деформация, болезненность при пальпации, отек, патологическая подвижность, нарушение функции конечности.

Вопросы.

1. Ваш предварительный диагноз? Дать определение данной патологии.
2. Какое специальное исследование необходимо выполнить в данном случае и для чего?
3. Какой метод репозиции Вы предложите при переломе обеих костей предплечья?
4. Как Вы осуществите иммобилизацию конечности после репозиции?
5. Какие показания существуют к оперативному методу лечения?

Задача 71

В травматологическое отделение стационара доставлен больной с жалобами на интенсивные боли в правой ноге. Известно, что больной получил травму во время падения, после которого возникли резкие боли в нижней трети правой голени. При осмотре правая нога деформирована, на внутренней поверхности голени – рана, где определяется патологическая подвижность. При попытке движения в голеностопном и коленном суставах боль резко усиливается.

Вопросы

1. Предположительный диагноз.
2. Что необходимо сделать для оказания первую помощи пациенту.
3. Какое исследование необходимо выполнить для уточнения диагноз.
4. Какое лечение показано больному: оперативное или консервативное?
5. Какой метод исследования используется для контроля над лечением?

Задача 72

В приемный покой пришел пострадавший со слепой колото-резаной раной левого плеча. Ранение получил 2 дня тому назад.

Объективно: по передней поверхности, верхней трети левого плеча имеется колото-резанная рана, края раны ровные, стенки раны ровные с участками кровоизлияний, рана зияет, размеры раны 7,0 x 1,5 см, в ране – скудное, сукровично - гнойное отделяемое; вокруг раны имеется отек, гиперемия, пальпация вокруг раны болезненна.

Хирург приемного покоя произвел тщательный туалет раны, туго тампонирует ее тампоном, смоченным гипертоническим раствором натрия хлорида, наложил асептическую повязку. Пациенту проведена экстренная специфическая профилактика столбняка и назначена консервативная противовоспалительная терапия.

Вопросы:

1. Какая ошибка допущена хирургом приемного покоя?
2. Дайте определение понятию «рана». К каким группам ран по классификациям относится данная рана?
3. В какой фазе раневого процесса находится данная рана?
4. Предложите комплексное лечение данной раны в соответствии с фазой раневого процесса?
5. По какому виду возможно заживление данной раны?

Задача 73

В приемное отделение больницы доставлен пациент с колотой раной в верхней трети правой переднебоковой поверхности брюшной стенки, с момента получения ранения прошло 1,5 часа.

Объективно: по переднебоковой поверхности живота, в верхней трети, имеется точечная рана округлой формы, диаметром до 3 мм, по краям раны отмечается осаднение кожных покровов и наличие кровоизлияний вокруг раны.

Вопросы:

1. Дайте определение понятию «рана». К каким группам ран по классификациям относится данная рана?
2. Чем опасна для пациента и «трудна» в диагностике для врача данная рана?
3. Развитие каких осложнений ранения можно предположить у данного пациента?
4. Дайте определение понятию «первичная хирургическая обработка».
5. Какой объем хирургической помощи и в какой последовательности должен быть оказан данному пациенту?

Задача 74

В стационар поступил молодой человек, 23 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, повышение температуры. Около 3-х суток назад поскользнулся на улице, упал, ударившись головой о лед, сознание не терял. Дома обнаружил кровь на волосах и рану в затылочной области. Рану промыл теплой кипяченной водой. За 10 часов до поступления головные боли усилились, температура повысилась до 38,5.

Объективно: при осмотре выявлена рана затылочной области волосистой части головы, 1,5 x 2,0 x 0,5 см с налетом фибрина на дне; края раны неровные, отечны, гиперемированы; рана при пальпации болезненна, кровотечения нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. В каком объеме Вы будете проводить туалет раны и хирургическую обработку раны?
3. Можно ли накладывать на данную рану швы?
4. Перечислите виды хирургической обработки ран по срокам.
5. В каких случаях не выполняется ПХО раны?

Задача 75

В приемное отделение поступает пациент, 37 лет, с жалобами на резкую слабость, потливость, озноб, высокую температуру, дергающие боли в области ушитой раны левого бедра, которую получил около пяти суток назад.

Со слов больного - рану получил случайно, на охоте, при непреднамеренном выстреле из ружья. После ранения обратился за медицинской помощью в больницу.

Из выписки следует, что в приемном отделении была выполнена первичная хирургическая обработка раны, рана ушита наглухо, проведена профилактика столбняка. Больной был отпущен на амбулаторное лечение.

Объективно: в области левого бедра, по передней поверхности, имеется ушитая отдельными узловыми швами рана; вокруг раны распространенный отек и гиперемия, локальная гипертермия; пальпация вокруг резко болезненна; при пальпации отмечается выделение серозно-гнойного экссудата между швами.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая тактическая ошибка была допущена врачом приемного отделения?
3. Объясните строение и особенности огнестрельной раны?
4. Дайте объяснение понятию «вторичная хирургическая обработка раны».
5. Какие хирургические манипуляции и в каком объеме необходимо выполнить?

Задача 76

Больной В. 50 лет, во время бритья получил маленькую поверхностную рану в области угла нижней челюсти. Обработал ее раствором йода, в течение 4-х дней больного ничего не беспокоило. Затем, отметил в этой зоне небольшую болезненную припухлость, без гиперемии и гипертермии, которая постепенно увеличивалась. К врачу не обращался. Местно прикладывал ежедневно теплую грелку. Боль, однако, не проходила. Инфильтрат стал размером - 4x5 см, плотным, появилась незначительная гиперемия над ним, температура тела субфебрильная. На 8-е сутки температура повысилась вечером до 39 градусов, утром - 37,2. В области инфильтрата появилась флюктуация, затруднение открывания рта. После чего был вынужден обратиться к врачу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дайте четкое определение этой нозологической формы.
3. С какими гнойными заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз, учитывая эту локализацию?
4. О чем свидетельствует симптом флюктуации?
5. Лечение данной патологии?

Задача 77

Больная Ф., 70 лет, поступила через 7 суток сначала заболевания с жалобами на припухлость и боли в правой ягодичной области, повышение температуры тела до 38,2 градусов. Со слов больной, в связи с повышением АД до 190 и 120 мм рт. ст. «скорая» сделала ей неделю назад в/м инъекцию сернокислой магнезии. Через 2 дня появилось болезненное уплотнение в правой ягодице. Делала «йодную сетку» по совету соседей, прикладывала горячую грелку. Боль усилилась, температура тела поднялась до 38,2 градусов Цельсия, в связи с чем обратилась в больницу. Состояние средней тяжести. PS - 100 ударов в мин. АД 160 и 100 мм. рт. ст. В области верхненаружного квадранта правой ягодицы плотный, резко болезненный инфильтрат 10x14 см, гиперемия кожи, местная гипертермия. Флюктуация в центре. В правой паховой области умеренно болезненные 2 образования 1,0x 1,5 см, подвижные, без гиперемии.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Наиболее частый микробный возбудитель патологии?
3. С чем необходимо дифференцировать образования в паховой области?
4. Какие дополнительные методы исследования можно применить для подтверждения основного диагноза?
5. Ваша лечебная тактика?

Задача 78

У больной 32 лет на фоне повышенной потливости и раздражения кожи в правой подмышечной области появилась болезненная припухлость, которая увеличивалась, повысилась температура тела до 37,7 градусов Цельсия, через 2 дня обратилась к врачу. При осмотре в правой подмышечной области имеются несколько спаянных между собой плотных, резко болезненных образований 2x15 см, спаянные с кожей, умеренно подвижные, незначительная гиперемия в центре. Флюктуация не определяется.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Пути проникновения инфекции и возможная локализация этой патологии?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Лечение данной больной?
5. Показания к операции?

Задача 79

У больной А. 35 лет, из-за тесной обуви появилась инфицированная потертость на 1 пальце правой стопы. Место прикладывала бактерицидный пластырь. Через 3 дня в правой паховой области появились болезненные образования, 2-3 шт., размером 1,0x1,5 см., умеренно подвижные, кожа над ними не изменена. К врачу не обращалась, не лечилась. Еще через неделю в правой паховой области появился плотный болезненный инфильтрат без четких границ, гиперемия кожи над ним. Флюктуации нет. Температура тела - 38,5 градусов Цельсия.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Патогенез данного заболевания?
3. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Местное лечение?
5. Общее лечение?

Задача 80

У больного 56 лет на задней поверхности шеи появился зуд, затем резко болезненная припухлость. Накладывал местно повязки с мазью Вишневского. Боль и припухлость увеличивались, температура тела повысилась до 38,3°. Только через 6 дней обратился к врачу. При осмотре - состояние средней тяжести, PS - 98 уд. в мин. Язык сухой, жажда. На задней поверхности шеи плотный, резко болезненный инфильтрат 10x10 см, синевато-багрового цвета, в центре его несколько гнойных пустул, вокруг них участок кожи 3x3 см грязно-серого цвета. Лейкоциты - $14,3 \times 10^9$, Глюкоза крови 10,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Назовите основной и фоновый диагноз?
2. Правильное ли лечение было до обращения к врачу?
3. Перечислите возможные осложнения основного заболевания?
4. Местное лечение данной патологии в стационаре?
5. Общее лечение?

Задача 81

Больная 65 лет выдавила фурункул подбородочной области. Через 3 дня отметила усиление боли в этой области, появилась гиперемия, напряженный отек, местная гипертермия. Лечилась самостоятельно, применяла повязки с мазью Вишневского. Через 3 дня повысилась температура до 38 градусов Цельсия, увеличилась гиперемия, боли, отек в подбородочной области. В центре на месте бывшего фурункула, участок грязно-серого цвета 2x2 см. Отмечается флюктуация. Через 6 суток обратилась к врачу, было выполнено хирургическое вмешательство с дренированием раны резиновыми выпускниками.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Наиболее частый микробный возбудитель данной патологии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какое хирургическое вмешательство было выполнено у данной больной?
5. Лечение данной патологии в послеоперационном периоде?

Задача 82

Больной К. находясь на даче, получил укус насекомого в область левой щеки. Ночью был сильный зуд в области укуса, что привело к расчесу в этом месте. Через два дня приехал домой с дачи, обнаружил на месте укуса припухлость, болезненность без явной гиперемии. Обработал эту область спиртом, принял таблетку димедрола. К врачу не обращался, ходил на работу. Через 3 дня стал отмечать недомогание, слабость, повысилась температура до 38,2 градусов Цельсия, припухлость в области левой щеки увеличилась, усилилась боль, появилась гиперемия, отек перешел на параорбитальную клетчатку с обеих сторон, отмечается флюктуация в центре инфильтрата.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение основного заболевания развилось у данного больного?
3. Какое наиболее грозное осложнение может возникнуть у больного?
4. Укажите все классификации основной нозологической формы, имеющейся у больного?
5. Какое лечение дополнительно (помимо основного) надо назначить больному в связи с развившимся осложнением?

Задача 83

Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0x1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через 2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах, появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Верна ли тактика врача поликлиники?
3. В какое отделение был госпитализирован больной?
4. Какими осложнениями чревата данная патология?
5. Лечение?

Задача 84

У пациента 56 лет планируется выполнение резекции желудка. В процессе проведения общего обезболивания выявляются следующие признаки: ослабление и затем полное исчезновение рефлексов (гортанно-глоточного и роговичного), дыхание спокойное, пульс и артериальное давление на донаркозном уровне, зрачки постепенно расширяются, параллельно с этим происходит ослабевание их реакции на свет. Движения глазных яблок нет, зрачки устанавливаются центрально, начинается расслабление скелетных мышц.

Вопросы:

- 1)Какая стадия наркоза у пациента?
- 2)Целесообразно ли на этой стадии выполнение хирургического вмешательства на органах брюшной полости?
- 3)на какие группы делятся миорелаксанты?

- 4)перечислите несколько ингаляционных анестетиков
- 5)используется ли в настоящее время открытый способ проведения ингаляционной анестезии?

Задача 85

Пациента, страдающего раком желудка готовят к оперативному вмешательству. Накануне операции анестезиолог беседует с пациентом, выясняет анамнестические данные о перенесенных заболеваниях, лекарственной аллергии, оценивает состояние всех систем организма. На ночь пациенту дают снотворное, делают очистительную клизму, запрещают есть и пить, вводят зонд в желудок и очищают его. Непосредственно перед операцией делают премедикацию.

Вопросы:

- 1)С какой целью пациенту перед наркозом вводят зонд в желудок и очищают его?
- 2)Что включает в себя премедикация?
- 3)Что такое нейролепсия?
- 4)Каким термином обозначается торможение вегетативных рефлексов?
- 5)Чему соответствует четвертая фаза наркоза?

Задача 86

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

Вопросы:

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

Задача 87

Пациент 80 лет, страдающего раком желудка, готовят к радикальному оперативному вмешательству. Накануне операции анестезиолог беседует с пациентом, выясняет анамнестические данные о перенесенных заболеваниях, лекарственной аллергии, оценивает состояние всех систем организма. Выясняется, что пациент год назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда, страдает Ишемической болезнью сердца, недостаточностью митрального клапана.

Вопросы:

- 1)Какие возможны осложнения в процессе проведения наркоза?
- 2) Какие необходимо назначить дополнительные методы исследования для уточнения характера сопутствующих заболеваний и оценки риска оперативного вмешательства.
- 3) Что включает в себя премедикация?
- 4) на какие группы делятся миорелаксанты?
- 5) назовите еще три любых осложнения общей анестезии?

Задача 88

Больной доставлен в приемное отделение в тяжелом состоянии после падения с 3 этажа жилого дома, в состоянии алкогольного опьянения. При обследовании выявлено: состояние сознания-кома, пульс 120—нитевидный, АД- 70/30 мм.рт.ст., при аускультации – дыхание справа отсутствует, живот мягкий, на пальпацию пациент не реагирует.

Хирургом приемного отделения пациент направлен в рентгенологический кабинет для выполнения рентгенологического обследования головы, груди, живота, а также компьютерной томографии органов брюшной полости. В КТ кабинете - пациент скончался.

Вопросы:

1. Какие основные ошибки допустил хирург приемного отделения в обследовании пациента?
2. Какие методы обследования используются для диагностики внутрибрюшного кровотечения у больных с нестабильной гемодинамикой?
3. Какой метод исследования используется для диагностики разрывов мочевого пузыря?
4. Какой метод исследования является приоритетным в диагностике черепно-мозговой травмы?
5. В каком порядке должна быть выполнена пациенту операция с внутрибрюшным кровотечением?

Задача 89

Больной доставлен в приемное отделение в тяжелом состоянии, в состоянии алкогольного опьянения с колото-резаной раной передней брюшной стенки. При обследовании выявлено: состояние сознания - кома, пульс 140—нитевидный, АД- 50/20 мм.рт.ст., живот мягкий, на пальпацию пациент не реагирует. Хирургом приемного отделения пациент направлен в рентгенологический кабинет для выполнения рентгенологического обследования головы, груди, живота, а также компьютерной томографии органов брюшной полости. В КТ кабинете - пациент скончался.

Вопросы:

- 1) какие основные ошибки допустил хирург приемного отделения в обследовании пациента?
- 2) какова должна была быть тактика обследования и лечения данного пациента?
- 3) Что такое радикальная операция?
- 4) Какие неинвазивные методы позволяют установить диагноз внутрибрюшного кровотечения?
- 5) Какой рентгенологический симптом свидетельствует о перфорации полого органа?

Задача 90

Больной доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе. В процессе обследования пациента, был установлен диагноз: острый холецистит. Больного решено оперировать спустя 12 часов после поступления после предварительной предоперационной подготовки.

Вопросы:

1. Какая (экстренная, срочная или плановая) операция планируется больному
2. Дайте определение экстренной операции?
3. Дайте определение срочной операции?
4. Определение плановой операции?
5. Что такое паллиативная операция?

Оценивание обучающегося при ответе на контрольные вопросы

Оценка (пятибалльная)	Требования к знаниям
отлично	«Отлично» выставляется обучающемуся, показавшему полные и

Оценка (пятибалльная)	Требования к знаниям
	глубокие знания программы дисциплины, способность к их систематизации и клиническому мышлению, а также способность применять приобретенные знания в стандартной и нестандартной ситуации
хорошо	«Хорошо» выставляется обучающемуся, показавшему хорошие /серьезные знания программы дисциплины, способному применять приобретенные знания в стандартной ситуации. Но не достигшему способности к их систематизации и клиническому мышлению, а также к применению их в нестандартной ситуации
удовлетворительно	«Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему слабые знания, но владеющему основными разделами программы дисциплины, необходимым минимумом знаний и способному применять их по образцу в стандартной ситуации
неудовлетворительно	«Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему поверхностные знания, что не позволяет ему применять приобретенные знания даже по образцу в стандартной ситуации

Контрольные вопросы

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. Адюванты.
14. Эпидуральная анестезия. Препараты, варианты техники выполнения и уровень проведения. Адьюванты. Осложнения эпидуральной анестезии и их диагностика.
15. Паравerteбральная, сакральная (каудальная) и внутривертeбральная 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 неингаляционных (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. Кардиоплегия и основы искусственного кровообращения. Принципы ведения больных в послеоперационном периоде.
27. Анестезия при торакальных вмешательствах: изоляция легких и одноплеговая 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.
91. Отдельные состояния в неонатологии и педиатрии: гипогликемия, желтуха новорожденных, гемолитикоуремический синдром, РДСн, гипоксическая ишемическая энцефалопатия.