Автономная некоммерческая организация высшего образования «Уральский медицинский институт»

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат:
02753C4C008DB3CBBD4BB13F984A7CF69F
Владелец: КРЫЛОВ ОЛЕГ НИКОЛАЕВИЧ
Действителен: с 06.11.2025 до 06.02.2027

Оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации

31.08.02 Анестезиология-реаниматология
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)
квалификация: врач анестезиолог-реаниматолог

Форма обучения: очная
Срок обучения: 2 года

Оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации утверждены приказом ректора № 48 от 18.05.2026 г.

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации:

1. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.02 Анестезиология-реаниматология, утвержденный Приказом Министра науки и высшего образования Российской Федерации от 19.07.2022 № 95.
2. Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 312.
3. Профессиональный стандарт «Врач-анестезиолог-реаниматолог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2018 г. № 554н.
4. Общая характеристика образовательной программы.
5. Учебный план образовательной программы.
6. Устав и локальные акты Института.

Примерные тестовые задания для проведения государственной итоговой аттестации

1. Основные формирования службы экстренной медицинской помощи в ЧС

а) Бригады экстренной медицинской помощи, автономные выездные медицинские госпитали и др.

б) Территориальные лечебные учреждения

в) Головная больница

г) Бригады скорой медицинской помощи

2 Основные мероприятия, проводимые службой экстренной медицинской помощи среди населения в экстремальной обстановке

а) Своевременное оказание экстренной медицинской помощи и эвакуация больных и пораженных

б) Санитарно-гигиенический контроль очага поражения, проведение дегазации, дезинфекции, дератизации в очаге поражения

в) Ввод в очаг формирований ГО общего назначения, служб ГО, организация медицинской эвакуации из очага, профилактика массовых инфекционных заболеваний

г) Устранение неблагоприятных санитарных последствий, эвакуация пострадавшего населения

3 Вид медицинской сортировки на первом этапе медицинской эвакуации

а) Внутрипунктовая по нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакотранспортных мероприятиях

б) Нуждающиеся в неотложной медицинской помощи

в) Внутрипунктовая сортировка, эвакотранспортная сортировка, прогностическая сортировка

г) Опасные для окружающих, ходячие, носилочные

4 Медицинская сортировка проводится на основе

а) Диагноза и прогноза

б) Определения момента оказания первой помощи в зоне ЧС

в) Оценки конкретных условий обстановки в зоне ЧС

г) Вида медицинской помощи

5 Неотложные медицинские мероприятия проводятся в первую очередь пострадавшим

а) С пострадавшие с опасными для жизни расстройствами основных жизненно важных функций

б) С крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями, находящиеся в терминальном состоянии (агональном)

в) С повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни

г) С повреждениями средней тяжести и нерезко выраженными функциональными расстройствами

6 Определите, что характерно для теплового коллапса в отличие от теплового удара

а) Влажная, бледная кожа, в случае потери сознания зрачки узкие

б) Относительно постепенное, прогрессирующее ухудшение состояния

в) В случае потери сознания зрачки широкие

г) Сухая, гиперемированная кожа

7 Что указывает на развитие собственно теплового удара?

а) Прекращение потоотделения

б) Жажда

в) Частое мочеиспускание

г) Обильное потоотделение

8 Прогностически неблагоприятный симптом перегревания

а) Повышение температуры тела свыше 41°С

б) Влажная кожа

в) Усиленное потоотделение

г) Тахикардия

д)

9 Как применяют металлизированное одеяло при общем

переохлаждении пострадавшего?

а) Полностью укутывают серебристой стороной к телу
б) Укутывают нижние конечности
в) Укутывают верхние конечности
г) Полностью укутывают золотистой стороной к телу

10 Что наблюдается при отморожении II степени тяжести?

а) На коже пузыри с желтоватой жидкостью с геморрагическим оттенком
б) Побледнение кожи
в) Повышенная болевая чувствительность участков отморожения
г) Тотальный некроз кожи

11 В течение какого периода времени возможно орошение холодной водой при ожогах кожи на догоспитальном этапе

а) 30 минут
б) 40 минут
в) 1 час
г) Кратковременно
д) Лучше не проводить

12 При какой площади ожога кожи I-IIIA степени для обезболивания применяют ненаркотические аналгетики

а) Менее 10%
б) Менее 5%
в) 10-15%
г) 15-20%

13 Необходимость проведения инфузионной терапии при ожогах на догоспитальном этапе возникает при площади поражения кожи

а) 15-20%
б) Менее 10%
в) 10-15%
г) Менее 5%

14 Для преренальной недостаточности на ранней стадии не характерно

а) Концентрация натрия в моче меньше 15 мэкв/Л
б) Удельный вес мочи выше 1020
в) Олигурия
г) Повышение креатинина в плазме

15 Рвотный центр располагается

а) В продолговатом мозге, в области солитарного пучка и прилежит к латеральной части ретикулярной формации в
б) В центральной извилине

в) В мозжечке
г) В продолговатом мозге, в нижней части оливкового ядра

16 Ветви наружной сонной артерии включают в себя, кроме
а) Нижнечелюстную артерию
б) Верхнечелюстную артерию
в) Восходящую глоточную артерию
г) Затылочную артерию

17 В нормальной электрокардиограмме QT интервал
а) Измеряется от начала зубца Q до конца зубца T
б) Укорочен при гипокальциемии
в) Удлиняется под действием дигиталиса
г) Удлинен при гиперкалиемии

18 Важные причины, лимитирующие приспособительные возможности сердца у пожилых в экстремальных ситуациях, кроме
а) Повышение артериального давления
б) Атеросклеротические изменения сосудов
в) Снижение ударного объема сердца
г) Изменения в синусо-предсердном узле

19 Конкурентный антагонизм
а) Истинный в отношении бета-адреноблокаторов и симпатомиметических аминов
б) Истинный в конкуренции цианидов за цитохромную систему
в) Обычно направлен на конкуренцию с ферментами на месте действия лекарства
г) Возможен, только если рецепторы полностью заняты

20 Физиологическое мертвое пространство не увеличивается при
а) Интубации трахеи
б) Анестезии испаримыми веществами
в) Легочной эмболии
г) Положительном давлении в конце выдоха (PEEP)

21 Соотношение вентиляция/кровоток увеличено при следующих состояниях
а) Перевязке или эмболии легочной артерии
б) Гиповентиляционного режиме ИВЛ
в) Ателектазе
г) Нормовентиляции

22 Соотношение вентиляция/кровоток снижено при следующих состояниях

а) Бронхиальной астме
б) Ателектазе
в) Эмболии легочной артерии
г) ОРДС

23 Наиболее сильным воздействием на хеморецепторы каротидных зон, увеличивая дыхание, обладает
а) Излишек CO_2,
б) Избыток 0-2
в) Недостаток O_2
г) Накопление лактатов

24 Механическое раздражение каротидных зон вызывает
а) Гипотензию, брадикардию, брадипноэ
б) Гипертензию, брадикардию, брадипноэ
в) Гипертензию, брадикардию, тахипноэ
г) Гипертензию, тахикардию, брадипноэ

25 Для эмфиземы легких характерно
а) Снижение содержания O_2 и повышение CO_2
б) Снижение содержания O_2 и CO_2 в альвеолах и крови
в) Повышение $PaCO_2$ и PaO_2
г) Повышение PaO_2 и снижение $PaCO_2$

26 Гиперкапния сопровождается следующими признаками
а) Гиперпноэ и гипертензия, теплая и влажная кожа
б) Цианоз и расширение зрачков
в) Гиперемия и расширение сосудов склер
г) Мраморность кожи

27 Гипоксия сопровождается следующими признаками
а) Психомоторное возбуждение, спутанное сознание
б) Тахипноэ, тахикардия, цианоз
в) Полиурия
г) Сухостью кожных покровов

28 Концентрация калия в сыворотке
а) Увеличивается при ацидозе и уменьшается при алкалозе
б) Уменьшается при ацидозе
в) Увеличивается при алкалозе
г) Не изменяется при ацидозе и алкалозе

29 В 1 мл 7,5% раствора хлорида калия содержится
а) 1 ммоль калия
б) 5 ммоль калия
в) 2 ммоль калия

г) 7,5 ммоль калия

30 При лечении гиперосмолярной ацидотической или неацидотической комы при диабете следует применять

а) Изотонические электролитные растворы
б) Изотонические электролитные растворы
в) Гипотонические электролитные растворы
г) Растворы 5% глюкозы или 5% фруктозы
д) Гипертонические электролитные растворы

31 Тетания, как следствие низкого уровня кальция возникает в связи с удалением

а) Паращитовидных желез
б) Коры надпочечников
в) Шишковидной железы
г) Щитовидной железы

32 Рефлекс Бейнбриджа возникает

а) При растяжении правого предсердия и устья полых вен
б) При растяжении левого предсердия
в) При растяжении аорты
г) При снижении АД

33 Перфузия интактных коронарных артерий

а) Увеличивается во время вызванной нагрузкой тахикардии
б) Обратно пропорциональна диастолическому артериальному давлению
в) Уменьшается при умеренной гипоксемии
г) Не зависит от перфузионного давления

34 Давление в левом предсердии

а) Не имеет прямой связи с центральным венозным давлением
б) Выше, чем среднее давление в легочной артерии
в) В норме больше 15 мм рт ст.
г) Имеет обратную связь с систолическим давлением в легочной артерии

35 При эмболии лёгочной артерии левопредсердное давление

а) Снижается
б) Не меняется
в) Растёт
г) Постепенно нарастает

36 При гиповолемии левопредсердное давление

а) Снижается

б) Не меняется
в) Растёт
г) Постепенно растет

37 Дистальный порт катетера Свана-Ганца открывается в
а) Лёгочной артерии
б) Левом предсердии
в) Правом предсердии
г) Правом желудочке

38 Проксимальный порт катетера Свана-Ганца открывается в
а) Правом предсердии или верхней полой вене
б) Левом предсердии
в) Лёгочной артерии
г) Правом желудочке

39 Давление заклинивания лёгочной артерии отражает
а) Давление в левом предсердии
б) Давление в правом предсердии
в) Давление в правом желудочке
г) Давление в верхней полой вене

40 Наиболее точным методом измерения минутного объёма кровообращения остаётся
а) Термодилюция
б) Допплерография
в) Реоплетизмография
г) Измерение по площади под кривой артериального давления

41 Длительный приём бета-блокаторов в день операции
а) Должен быть продолжен
б) Должен быть прекращён
в) Должен быть продолжен с увеличением дозировки
г) Должен быть отменен за неделю

42 Повышенный уровень натрий-уретических пептидов говорит о
а) Сердечной недостаточности
б) Дыхательной недостаточности
в) Печёночной недостаточности
г) Воспалительном процессе

43 Сердечный индекс это
а) Сердечный выброс делённый на площадь поверхности тела
б) Сердечный выброс делённый на частоту сердечных сокращений.
в) Сердечный выброс делённый на артериальное давление

г) Сердечный выброс делённый на площадь поверхности тела в единицу времени

44 Изоволюметрическое сокращение левого желудочка

а) Заканчивается когда аортальный клапан открывается

б) Начинается когда митральный клапан открывается

в) Преодолевает постнагрузку (afterload)

г) Усиливается снижением преднагрузки (preload)

45 Перенос жидкости из капилляров в интерстициальное пространство усиливается при снижении

а) Онкотического давления плазмы

б) Среднего артериального давления

в) Концентрации белка в интерстициальных жидкостях

г) Венозного давления

46 Скорость гломерулярной фильтрации возрастает под действием

а) Повышения интрагломерулярного давления

б) Острого повышения артериального давления

в) Увеличения коллоидно-осмотического давления плазмы

г) Повышения интраабдоминального давления

47 Ответ на стресс включает

а) Увеличение образования антидиуретического гормона

б) Потерю натрия

в) Задержку калия

г) Понижение уровня кортизола плазмы

48 Гипоксемия стимулирует дыхание путем действия на

а) Каротидные тельца

б) Хеморецепторы продолговатого мозга

в) Центральные респираторные нейроны

г) Каротидный синус

49 Кривая диссоциации оксигемоглобина

а) Смещается влево при гипотермии

б) Смещается вправо при респираторном алкалозе

в) Смещается вправо при уменьшении концентрации в плазме ионов водорода

г) Смещается вправо при продолжительном пребывании на большой высоте

Примерные ситуационные задачи для проведения государственной итоговой аттестации

Ситуационная задача 1.

Пациенту с переломом бедра на этапе скорой помощи вне медицинского учреждения с целью обезболивания введено 100 мл 0,5 % новокана в область перелома. Какие изменения происходят в организме больного при развитии токсического действия местных анестетиков? Опишите клиническую картину развившегося состояния. Определите особенности транспортировки и тактику лечения пациента. Показано ли применение методов экстракорпоральной детоксикации при лечении пациента?

Ситуационная задача 2.

У пациента, пострадавшего в автодорожном происшествии, во время транспортировки в медицинское учреждение развилась клиническая картина пневмоторакса. С целью обезболивания молодой доктор решил применить закись азота. В чем заключается опасность применения закиси азота у пациентов с пневмотораксом? В каких еще случаях следует избегать применения закиси азота?

Ситуационная задача 3

Больной 64 лет (масса тела 70 кг) после окончания операции на органах брюшной полости, проводимой под эндотрахеальным наркозом с применением аналгетиков, седативных средств и мышечных релаксантов, был экстубирован через 30 мин и переведен в посленаркозную палату на самостоятельном дыхании с восстановленным мышечным тонусом и сознанием. Однако, через 1 час после перевода в палату состояние больного ухудшилось: вял, адинамичен, на вопросы не отвечает. Отмечается поверхностное дыхание, ЧД – 28 в 1 мин, пульс – 100 уд. в 1 мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД – 140/90 мм рт.ст. Цианоза нет. Экстренный анализ газов артериальной крови и КОС: pH – 7,24; paO2 50 мм рт.ст.; paCO2 60 мм рт.ст., HCO3 – 25 ммоль/л, гематокрит 30 % (0,30). Определите причину ухудшения состояния. Определите тактику лечения возникшего осложнения.

Ситуационная задача 4.

Женщина 55 лет с кишечной непроходимостью поступила в клинику для операции резекции участка тонкого кишечника. Из сопутствующей патологии у неё выявлены лёгкая форма гипертонической болезни и патологическое ожирение (ИМТ > 40). Во время вводного наркоза на фоне вдыхания 100% кислорода развилась выраженная гипоксемия. 73 Каковы основные причины развития гипоксемии у данной больной? Ваши действия в данной ситуации?

Ситуационная задача 5

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

(коллоидные, кристаллоидные растворы) АД продолжало снижаться, а затем перестало определяться. Исчез пульс на лучевых, а затем и на сонных артериях. На мониторе – синусовая брадикардия. Каких-либо вентиляционных нарушений, изменений КОС и электролитного баланса не отмечалось. Какой вид остановки сердца произошел, его возможная этиология? Ваши действия в данной ситуации? Опишите алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации при ЭМД. Какие документы должны быть заполнены в процессе лечения пациента? Проведите экспертизу оказания помощи с оценкой качества лечения больного.

Ситуационная задача 6.

Ребёнок в возрасте 1 года с массой тела 9 кг был направлен на бронхоскопию по поводу аспирированного им инородного тела. Признаки дыхательной недостаточности отсутствовали, но прослушивались выраженные шумы на вдохе и выдохе. Частота дыхания составила 40 в мин., температура тела была в пределах нормы. При перкуссии грудной клетки отмечался коробочный оттенок звука над левым лёгким, на рентгенограмме грудной клетки - эмфизема левого лёгкого со смещением средостения вправо. Какова оптимальная анестезия для такого ребёнка? Каковы основные проблемы при анестезии и извлечении инородного тела через бронхоскоп?

Ситуационная задача.7

Девочка в возрасте 10 лет с массой тела 21 кг, страдавшая рецидивирующим двусторонним серозным отитом, направлена на операцию восстановления проходимости слуховых труб. В анамнезе есть указание на врождённую патологию сердца (синдром Айзенменгера с двунаправленным шунтированием через дефект в межжелудочковой перегородке, гипертензией в малом круге, незаращением аортального протока и незначительной регургитацией митрального клапана). Из других заболеваний отмечались рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей и несчастный случай в прошлом с сосудистыми и мозговыми нарушениями. Во время плача у девочки обычно появляется цианоз. Гематокрит перед операцией составляет 55%. Какие показатели следует оценивать перед проведением наркоза у данной больной? Каково влияние врождённой патологии сердца на скорость введения в наркоз? Какие документы должны быть заполнены перед лечением пациентки?

Ситуацинная задача.8

Мальчик в возрасте 10 лет был доставлен в операционную для обследования и лечения по поводу разрыва правого глазного яблока. Проникающее ранение глаза произошло за 2 часа до поступления в больницу. В остальном состояние мальчика было удовлетворительным, повреждённый глаз плотно закрыт. Иногда ребёнок его трёт, бережёт голову и плачет. В чём заключается анестезиологическое обеспечение больных, которым предстоит операция на глазах? Как вести данного больного с повреждением глаза?

Ситуационная задача 9.

Мужчина, страдающий гипертонической болезнью и подагрой, был госпитализирован для операции передней резекции бронха. Несмотря на отсутствие в анамнезе лёгочных заболеваний, перед операцией у него определялись скудные хрипы на выдохе. При дыхании в обычных условиях pH крови составил 738, PaO2 - 81 мм рт.ст., а PaCO2 - 42 мм рт.ст. После вводного наркоза хрипы усилились, в процессе операции они исчезли, но в послеоперационном периоде на фоне продолжающейся ИВЛ у больного развилась гипертензия, наступило состояние возбуждения, появились нарушения сердечного ритма. Какое патологическое состояние развилось у данного больного? Ваши действия в данной ситуации?

Ситуационная задача 10.

Мужчина 63 лет поступил на операцию удаления правой доли печени по поводу развития в ней метастазов рака кишечника. Общее состояние больного было удовлетворительным, несмотря на перенесённую за 8 мес ранее операцию поперечной колонэктомии. Анестезия и гемостаз при этом прошли без каких-либо осложнений. При операции удаления доли печени обезболивание осуществлялось закисью азота с кислородом, суфентанилом, энфлюраном, панкуронием. В течение первого часа анестезия проходила без осложнений, а затем началось массивное кровотечение. В чём состоит оптимальное лечение при кровотечении? Что относят к обычным осложнениям массивной гемотрансфузии? Какие документы необходимо заполнить при лечении пациента?

Ситуационная задача 11.

Мужчина 61 года направлен на операцию лобэктомии по поводу опухоли верхней доли левого лёгкого. В его анамнезе есть указание на длительное курение, кашель с мокротой и сниженную непереносимость физических нагрузок. При физикальном обследовании выявлены гепатоюгулярный рефлюкс и периферические отёки. Вводный наркоз прошёл гладко, для обеспечения дальнейшей анестезии и вентиляции была введена двухпросветная трубка. Однако после её закрепления независимую вентиляцию провести не удалось. Каковы причины невозможности проведения однолёгочной вентиляции у данного пациента? Что служит показанием к применению двухросветной интубационной трубки?

Ситуационная задача 12.

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

данного больного? Ваши действия в этой ситуации? Какие профилактические мероприятия необходимо было произвести для предупреждения данного осложнения?

Ситуационная задача 13.

Мужчине 73 лет была произведена операция удаления аневризмы брюшного отдела аорты. Из сопутствующей патологии у него следует отметить гипертоническую болезнь, по поводу которой он принимал атенолол по 50 мг и гидрохлортиазид по 25 мг, стенокардию, купируемую нитроглицерином, атеросклероз сосудов головного мозга, осложнённый гемипарезом, хроническое обструктивное заболевание лёгких, обусловленное бронхитом курильщика, инфекцию мочевых путей. Наркоз фентанилом и панкуронием на фоне вентиляции кислородом, введения нитроглицерина и диуретиков прошёл без осложнений. Во время поперечного пережатия аорты в течение 70 мин количество мочи уменьшилось до 30 мл/ч. В послеоперационном периоде развились симптомы почечной недостаточности с повышением уровня креатинфосфокиназы с положительной МВ фракцией. Гемодиализ проводился между 10-м и 22-м днём после операции. Что за состояние развилось у данного больного? Ваши действия в этой ситуации?

Ситуационная задача 14.

Женщине 19 лет предполагается выполнение операции резекции правого тазобедренного сустава по поводу остеогенной саркомы. В анамнезе имеются указания на серповидно-клеточную анемию, протекавшую с периодическими кризами. Перед операцией гемоглобин 90 г/л, а гематокрит - 27%. Каковы методы подготовки к наркозу и операции больного с серповидноклеточной анемией? В чём состоит анестезиологическое обеспечение больных с серповидно-клеточной анемией.

Ситуационная задача 15

Мужчина 79 лет поступил на операцию трансуретральной резекции предстательной железы по поводу её гипертрофии. За 6 лет до операции он перенёс инфаркт миокарда, после выздоровления не ощущал болей за грудиной и сердцебиений. Принимает дигоксин в поддерживающих дозах (0,25 мг/сут). В анамнезе есть указание на аллергию к новокаину. При физикальном обследовании было обнаружено сглаживание поясничного лордоза с ограничением сгибательных и разгибательных движений позвоночника. Какой вид анестезии наиболее показан данному больному? Каковы противопоказания к спинальной анестезии? Какие документы должны быть оформлены анестезиологом в процессе лечения пациента?

Ситуационная задача 16

Мужчина 73 лет госпитализирован для операции по поводу опухоли правой руки. В прошлом он трижды перенёс инфаркт миокарда, последний из них - за 10 лет до операции. Больной ежедневно принимал дигоксин в малых

дозах, изосорбида динитрит, анаприлин. На ЭКГ у него были признаки частичной левосторонней передней блокады, блокада правой ветви пучка Гиса. За 3 мес до операции при проведении вводного наркоза у него развилась тяжёлая брадикардия и гипотензия, грозившие остановкой сердца. Больного удалось спасти, но все перечисленные причины послужили основанием для отказа оперировать его под общей анестезией. Каковы критерии при выборе подхода к блокаде плечевого сплетения? Каковы противопоказания к проведению анестезии плечевого сплетения? Проведите оценку качества, назначенного пациенту лечения.

Ситуационная задача 17.

Женщина 55 лет поступила на операцию по поводу множественных аневризм мозга. Она страдала гипертонической болезнью, принимала анаприлин по 10 мг дважды в день, перенесла два инфаркта миокарда, последний за 6 лет до операции. У неё сохраняется стенокардия напряжения, на ЭКГ определяются признаки синусовой брадикардии (50 уд. в мин) и гипертрофии левого желудочка. Как проводить вводный и основной наркоз у больных с церебральной аневризмой? Как поступать при разрыве аневризмы во время операции?

Ситуационная задача 18

Женщина 52 лет с кровотечением из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта поступила в клинику для операции портокавального анастомоза. В анамнезе - многолетнее злоупотребление алкоголем и цирроз печени. Лечение по методу Сенгстакена - Блейкмора и вазопрессином оказалось неэффективным. Число 76 тромбоцитов - 90*109 /л, протромбиновое время - 13,8 с (N - 11,7 с), частичное тромбопластиновое время - 42,8 с (N - 29,8 с) и уровень фибриногена - 1750 мл/л. Каков план подготовки этой больной к операции и анестезии? Какой вид анестезии наиболее показан данной больной?

Ситуационная задача 19

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

Ситуационная задача 20

В отделении реанимации в послеоперационной палате находилась больная В.,65 лет, которой была произведена операция – холецистэктомия.

Состояние больной соответствовало перенесенному оперативному вмешательству, однако, постоянно беспокоили боли в послеоперационной ране. Резкие боли вызывал кашлевой толчок. В первые сутки с целью купирования болей вводили анальгин 50% по 2,0 мл три раза в день под кожу. Из-за болей больная мало двигалась, лежала в постели неподвижно. На третий день лечащий врач, выслушивая легкие больной, обнаружил ослабленное дыхание над нижней долей правого легкого, там же перкуторно отмечалось укорочение легочного звука. Была произведена рентгенография грудной клетки, при которой был обнаружен ателектаз нижней доли правого легкого. Какие ошибки были допущены врачом при ведении больной в раннем послеоперационном периоде? Какие мероприятия необходимо было провести для профилактики ателектаза?

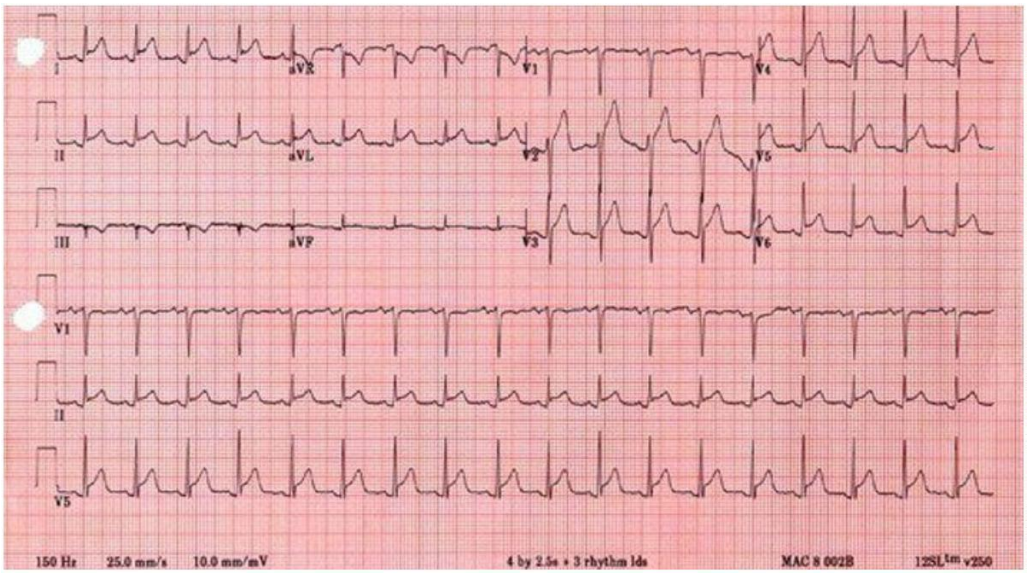
Ситуационная задача 21.

Пациент Ч. 42 лет, поступил с жалобами на боль в прекордиальной области и за грудиной, распирающего характера, усиливающуюся при дыхании и движении. Появление боли отметил 3 дня назад. Вирусные инфекции, вакцинации в недавнем прошлом отрицает. В анамнезе отсутствуют указания на наличие артериальной гипертензии, ИБС, предшествующие хирургические вмешательства на сердце и сахарный диабет. Больной не принимает никаких лекарственных препаратов. Данные физикального обследования: В сознании, очаговой неврологической симптоматики нет. Нормотермия. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы симметрично. ЧСС – 103 в мин, АД – 160/102 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Над аортой выслушивается ранний диастолический шум, шума трения перикарда, ритма галопа нет. Пульсация плечевых и лучевых артерий симметрична.

Опишите ЭКГ, при каких заболеваниях могут встречаться данные изменения. Предварительный диагноз:

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

Какие дополнительные методы обследования помогут уточнить диагноз. Тактика лечения. Ранняя реабилитация пациента



Ситуационная задача 22.

В приемное отделение «самотеком» родителями доставлен ребенок 2-х лет в очень тяжелом состоянии. Со слов родителей ребенок играл самостоятельно без их присмотра. Они обнаружили его за 1 час до поступления в клинику с выраженными изменениями общего состояния, которые выражались в нарушении и шаткости походки и координации, ребенок стал вялым, адинамичным, отказывался от еды, стал сонливым. Затем ребенок заснул, разбудить его родители не смогли. При осмотре кожные покровы бледные, мышечный тонус снижен. Гипорефлексия. На осмотр реакции нет. На сильный болевой раздражитель появляется двигательная защитная реакция. Разбудить ребенка не удается. Зрачки средней величины, симметричны с вялой реакцией на свет. Дыхание самостоятельное. Брадипное с частотой до 10-12 в минуту. Пульс около 70, ритмичный, хорошего наполнения. Назовите форму нарушения сознания: Для какой патологии динамика изменения общего состояния и клинические признаки выраженного угнетения функции ЦНС наиболее характерны: Для подтверждения и уточнения диагноза какие исследования необходимо провести? . Какие методы лечения целесообразно использовать у этого ребенка на начальном этапе лечения (в приемном покое)? Какие виды лекарственных и медикаментозных средств при передозировке или отравлении ими могут вызвать подобные изменения клинической картины. Определите показания и противопоказания к проведению экстракорпоральной детоксикационной терапии. Проведите экспертизу возникшего состояния и назовите документы, которые необходимо заполнить при оказании неотложной помощи и проведении интенсивной терапии.

Ситуационная задача 23

Ребенок в возрасте 8 лет поступил в приемное отделение детской больницы после автотравмы. При поступлении состояние ребенка очень тяжелое. Без сознания. Кожные покровы резко бледные, конечности холодные

с выраженными микроциркуляторными нарушениями. Мышечный тонус снижен. Анизокория, фотореакция очень вялая. Периодически клонические судороги в конечностях. Дыхание поверхностное, ЧД 10 в мин. В легких дыхание проводится хорошо над всей поверхностью. Тоны сердца глухие, ритмичные, ЧСС 160 в мин., АД 60/40. Живот не вздут, но резко болезненный, напряженный. Перистальтика не выслушивается. При катетеризации мочевого пузыря – оттока мочи нет. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка на момент поступления? Какие неотложные мероприятия необходимо выполнить в первую очередь? С чего необходимо начинать лечение травматического шока? Какие растворы будут стартовыми при лечении травматического шока? Какие критерии адекватности, проводимой инфузионной терапии? Назовите документы, необходимые для заполнения врачом анестезиологом реаниматологом при оказании экстренной помощи пациенту с травмой

Ситуационная задача 24

Бригада «Скорой помощи» получила вызов: женщина, 35 лет, «плохо с сердцем, задыхается». Время прибытия на место – 15 мин. В квартире обнаружена женщина. Состояние крайне тяжелое. Уровень сознания – сопор. Кожный покров бледный, прохладный, влажный. Дыхание стридорозное, аускультативно - жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧДД – 34 в мин. Тоны сердца глухие, аритмичны. ЧСС – 100-130 в мин. АД – не определяется. Со слов родственников ухудшение в состоянии больной развилось в течение 10 мин после укуса пчелы. Больная пожаловалась на резкую слабость, головокружение, ощущение жара во всем теле, затем появилось затруднение дыхания сухой кашель, гиперемия лица. Вслед за этим больная потеряла сознание. В анамнезе год назад у пациентки после укуса пчелы развилась крапивница, прошедшая после приема в течение 3-х дней супрастина.

Выделите клинические синдромы, определяющие тяжесть состояния больной. С какими критическими состояниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какие неотложные медицинские вмешательства необходимо выполнить на данном этапе. Диагноз? Лечебно-тактические действия. Какие возможны ошибки при выполнении терапевтических мероприятий? Какие осложнения необходимо предвидеть? Проведите экспертизу качества оказанной неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Ситуационная задача 25

В отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, поступил больной 45 лет, с DS: Флотирующий тромб нижней полой вены. Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Больному планируется выполнить ангиопульмонографию. Ранее больному не проводили рентгеноконтрастных исследований. После введения рентгеноконтраста состояние больного ухудшилось. Больной пожаловался на затруднение дыхания, потемнение в глазах. При осмотре: состояние тяжелое. Кожа

гиперемирована, влажная. В легких аускультативно дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 120 в мин., АД – 80/60 мм.рт.ст.

Какие мероприятия необходимо выполнить для профилактики анафилаксии. Диагноз? Лечебные мероприятия? Проведите экспертизу качества оказанной неотложной медицинской помощи.

Ситуационная задача 26

Получен срочный вызов дежурного врача-педиатра к ребенку 3г 6 мес. При осмотре состояние ребенка крайне тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, цианотичные, частое поверхностное дыхание, "ловит воздух ртом", беспокоен. Ребенок в течение 2-х недель находился на лечении в стационаре по поводу пневмонии. За время лечения состояние значительно улучшилось, но за несколько минут до вызова внезапно отмечалось ухудшение: резко усилилась инспираторная одышка, стал нарастать цианоз. При аускультации слева дыхание проводится, справа значительно ослаблено, над правым легким коробочный оттенок перкуторного звука, правая половина грудной клетки отстает в дыхании. pH = 7,17, pCO2= 62 мм рт.ст., pO2=36 мм рт.ст., BE – 7 ммоль/л.

Для какой патологии динамика изменения общего состояния и клинические признаки выраженной дыхательной недостаточности наиболее характерны: Для подтверждения и уточнения диагноза какие исследования необходимо провести: Какие первоочередные методы лечения и их последовательность целесообразно применить у этого ребенка: Если изменить положение больного, то какому из них отдать предпочтение на этапе первой помощи: При проведении дифференцильной диагностики синдрома внутригрудного напряжения, какие признаки позволят уточнить диагноз. Проведите экспертизу качества оказанной неотложной медицинской помощи.

Ситуационная задача 26

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

селезенка не пальпируется. После клизмы стул не получен. Масса на момент осмотра 2250 грамм. Данные лабораторных исследований: биохимическое исследование крови калий 3,8 ммоль/л, натрий 131 ммоль/л, общий белок 69 г/л, мочевина 3,5 ммоль/л, сахар 2,1 ммоль/л. КОС: pH 7,31, pCO2 36 ммHg, pO2 75 ммHg, BE -5, SB 19,1. При проведении обследования (УЗИ и рентген) выявлена частичная кишечная непроходимость. Решено провести предоперационную подготовку в течение суток и далее хирургическую операцию.

Определите степень дегидратации: Определите вид дегидратации. Какие механизмы потери жидкости и электролитов у этого пациента? Анализ КОС соответствует. Интенсивная терапия для подготовки к операции включает. При проведении предоперационной подготовки необходим мониторинг. Составьте план инфузионной терапии. Перечислите документы, которые должен оформить анестезиолог-реаниматолог при лечении пациента.

Перечень вопросов для проведения государственной итоговой аттестации

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Специальные методы анестезиологического обеспечения.

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

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

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

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

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

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

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

19. Основные этапы комбинированной общей анестезии (техника и

клиника анестезии). Период введения в анестезию, период поддержания анестезии, период выведения (прекращения общей анестезии).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

терапия во время проведения анестезии и операции.

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

34. Свертывающая и антисвертывающая системы крови в условиях анестезии.

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

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

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

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

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

40. Выбор метода обезболивания при эндоскопических оперативных вмешательствах.

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

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

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

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

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

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

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

48. Выбор метода обезболивания у детей.

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

50. Лечение хронических болевых синдромов.

51. Общие вопросы реаниматологии и интенсивной терапии

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

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

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

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

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

57. Методы сердечно-легочной реанимации на догоспитальном и госпитальном этапе. Массаж сердца. Виды массажа - прямой (открытый), непрямой (закрытый), методика, показатели эффективности, осложнения.

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

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

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

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

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

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

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

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

66. Методы реанимации и интенсивной терапии при острой дыхательной недостаточности (синдром частичной трахеобронхиальной непроходимости,

расстройства биомеханики дыхания, патологические состояния легких центрального происхождения и др.).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

76. Клиническая реаниматология

77. Реанимация и интенсивная терапия при шоке различной этиологии.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

91. Экзогенные интоксикации. Пути попадания токсических веществ в организм. Отравление алкоголем и его суррогатами, снотворными и седативными средствами, ФОС, хлорированными углеводородами, прижигающими жидкостями, угарным газом, грибами. Укус ядовитых змей, насекомых. Патофизиология, клиника, диагностика. Общие принципы лечения острых отравлений. Особенности интенсивной терапии при

различных острых отравлениях. Патофизиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия при пищевой токсикоинфекции, ботулизме, холере.

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

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

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

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

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

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

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

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

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