

**Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.02  
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

Ставрополь, 2023

## Фонд оценочных средств к итоговой (государственной итоговой аттестации)

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров Высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.02 Анестезиология - реаниматология включает:

- задания в тестовой форме (131)
- вопросы для оценки практических навыков (26)
- вопросы для собеседования (98)
- ситуационные задачи (30)

### I. Тестовые задания

Выберете один правильный вариант ответа

1. ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛГО-РЕАНИМАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ ПРИКАЗОМ МЗ РФ
  - 1) №730
  - 2) №728
  - 3) №919н
  - 4) №929н
2. ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЗАНИМАЮТ
  - 1) травмы
  - 2) болезни системы кровообращения
  - 3) онкологические заболевания
  - 4) болезни органов дыхания
3. К ВИДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ
  - 1) стационарная
  - 2) паллиативная
  - 3) санаторно-курортная
  - 4) первая
4. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ
  - 1) Министерством здравоохранения Российской Федерации
  - 2) руководством медицинской организации
  - 3) Правительством Российской Федерации
  - 4) Российской Академией Наук
5. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
  - 1) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
  - 2) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
  - 3) экстренная, неотложная, плановая
  - 4) по врачебным специальностям
6. К ФОРМАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
  - 1) по врачебным специальностям
  - 2) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
  - 3) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
  - 4) экстренная, неотложная, плановая
7. К УСЛОВИЯМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ
  - 1) первичной медико-санитарной, скорой, специализированной, паллиативной
  - 2) амбулаторные, стационарные, дневной стационар, вне медицинской организации
  - 3) разной степени комфортности

- 4) экстренной, неотложной, плановой
8. ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, НЕЗАВИСИМО ОТ ИХ ОРГАНИЗАЦИОННО - ПРАВОВОЙ ФОРМЫ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ
- 1) стандартами
  - 2) порядками
  - 3) нормативами
  - 4) рекомендациями
9. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОДДЕРЖАНИЕ И (ИЛИ) ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ВКЛЮЧАЮЩИХ В СЕБЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
- 1) медицинская помощь
  - 2) профилактика
  - 3) медицинское вмешательство
  - 4) лечение
10. МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЛИ КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРОФИЛАКТИКУ, ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ИМЕЮЩИХ САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЗАКОНЧЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ
- 1) профилактика
  - 2) медицинская услуга
  - 3) медицинская помощь
  - 4) медицинское вмешательство
11. КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ ПО НАЗНАЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА, ЦЕЛЬЮ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ ИЛИ ОБЛЕГЧЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛИБО СОСТОЯНИЙ ПАЦИЕНТА, ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИЛИ УЛУЧШЕНИЕ ЕГО ЗДОРОВЬЯ, ТРУДОСПОСОБНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ – ЭТО:
- 1) лечение
  - 2) профилактика
  - 3) медицинская помощь
  - 4) медицинское вмешательство
12. КОЛИЧЕСТВО КОЕК РЕАНИМАЦИОННОГО ПРОФИЛЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОБОРУДОВАННОЙ ОТ 200 ДО 400 ПРОФИЛЬНЫХ КОЕК ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ % ОТ ОБЩЕГО КОЕЧНОГО ФОНДА
- 1) 5
  - 2) 6
  - 3) 3
  - 4) 8
13. МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ИМЕЮЩАЯ В СВОЕЙ СТРУКТУРЕ ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР И ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ- РЕАНИМАТОЛОГИЯ ДОЛЖНА В СТРУКТУРЕ ИМЕТЬ
- 1) отделение анестезиологии
  - 2) группу анестезиологии и реанимации
  - 3) отделение реанимации
  - 4) отделение анестезиологии и реанимации
14. ОЦЕНКА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА У ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ
- 1) по Балагину
  - 2) по АПГАР

- 3) по МНОАР
- 4) по ASA
15. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
  - 1) декомпенсации хронической сердечно-сосудистой недостаточности
  - 2) острой дыхательной недостаточности
  - 3) декомпенсированной хронической дыхательной недостаточности
  - 4) острого нарушения мозгового кровообращения
16. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА В ПАЛАТУ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
  - 1) хронического заболевания на фоне развития острой недостаточности органов и систем
  - 2) полиорганной недостаточности
  - 3) выраженного наркотического или алкогольного опьянения
  - 4) высококонтагиозного инфекционного заболевания при отсутствии изолятора
17. ВОПРОС О ПЕРЕВОДЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ РЕШАЕТ
  - 1) палатный реаниматолог
  - 2) лечащий врач профильного отделения
  - 3) заведующий профильного отделения
  - 4) заместитель главного врача по лечебной работе
18. СТЕПЕНЬ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА ПАЦИЕНТА, ОПЕРИРУЕМОГО В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ, НЕЗАВИСИМО ОТ ТЯЖЕСТИ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ
  - 1) увеличивается на две единицы
  - 2) увеличивается на одну единицу
  - 3) не увеличивается
  - 4) уменьшается на одну единицу
19. ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНИЗУЮТСЯ В ГОРОДСКИХ БОЛЬНИЦАХ
  - 1) при наличии не менее 300 коек без учета их профиля
  - 2) при наличии в больнице не менее 500 коек и 50 коек хирургического профиля
  - 3) при наличии не менее 500 коек и не менее 70 коек хирургического профиля
  - 4) при наличии не менее 150 коек и 50 коек хирургического профиля
20. ПАЛАТЫ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНИЗУЮТСЯ В ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦАХ
  - 1) при наличии не менее 300 коек без учета их профиля
  - 2) при наличии не менее 200 коек и 60 коек хирургического профиля
  - 3) при наличии не менее 150 коек и 50 коек хирургического профиля
  - 4) могут организовываться независимо от мощности
21. В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИМЕЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ НА 75 КОЕК. НА ДАННОЕ КОЛИЧЕСТВО КОЕК ПРЕДУСМОТРЕНО АНЕСТЕЗИОЛОГА
  - 1) 1
  - 2) 2
  - 3) 3
  - 4) 4.75
22. ДОЛЖНОСТИ В ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ НА 80 КОЕК ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРЕДУСМОТРЕНО АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА
  - 1) 0.8
  - 2) 1
  - 3) 2
  - 4) 4.75 ДОЛЖНОСТИ

23. ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТ
- 1) главный врач больницы
  - 2) зам. главного врача по лечебной части
  - 3) профильный дежурный специалист приемного отделения
  - 4) зав. отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач
24. НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ РЕАНИМАТОЛОГОМ
- 1) в течение 2-4 часов
  - 2) в течение 4-8 часов
  - 3) в зависимости от вида анестезии
  - 4) до стабилизации функции жизненно важных органов
25. МИНИМАЛЬНАЯ ПОЛЕЗНАЯ ПЛОЩАДЬ НА 1 КОЙКУ В ПАЛАТАХ РЕАНИМАЦИИ, ПРЕДУСМОТРЕННАЯ ДЕЙСТВУЮЩИМИ СТРОИТЕЛЬНЫМИ НОРМАМИ И ПРАВИЛАМИ СОСТАВЛЯЕТ М<sup>2</sup>
- 1) 6
  - 2) 10
  - 3) 13
  - 4) 20
26. ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРУГЛОСУТОЧНОЙ РАБОТЫ ВРАЧА АНЕСТЕЗИОЛОГА РЕАНИМАТОЛОГА НЕОБХОДИМО
- 1) 3.5 ставок
  - 2) 3.75 ставки
  - 3) 4 ставки
  - 4) 4.75 ставок
27. ДОЛЖНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАБОТЫ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЕТА 1 КРУГЛОСУТОЧНЫЙ ПОСТ НА КОЙКИ
- 1) 1
  - 2) 2
  - 3) 3
  - 4) 4
28. КОЙКИ ПАЛАТ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
- 1) не входят в число сметных
  - 2) относятся к терапевтическим
  - 3) относятся к хирургическим
  - 4) относятся к многопрофильным
29. КОЛИЧЕСТВО ДОЛЖНОСТИ ВРАЧЕЙ-АНЕСТЕЗИОЛОГОВ РЕАНИМАТОЛОГОВ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЕТА
- 1) количества операционных столов
  - 2) оперативной активности
  - 3) количества хирургических коек
  - 4) потребности в анестезиологической помощи
30. ВОПРОС О ПЕРЕВОДЕ БОЛЬНЫХ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ РЕАНИМАЦИИ В ПРОФИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РЕШАЕТ
- 1) сотрудник отделения анестезиологии-реаниматологии
  - 2) сотрудник профильного отделения
  - 3) зав. профильным отделением
  - 4) главный врач
31. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ

- 1) 3 лет
  - 2) 5 лет
  - 3) 7 лет
  - 4) 10 лет
32. АТТЕСТАЦИЯ ВРАЧА-АНЕСТЕЗИОЛОГА НА ПРИСВОЕНИЕ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ СТАЖЕ РАБОТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГОМ НЕ МЕНЕЕ
- 1) 3 лет
  - 2) 5 лет
  - 3) 7 лет
  - 4) 10 лет
33. ГРАЖДАНИН, ИМЕЮЩИЙ СТРАХОВОЙ ПОЛИС ОМС, МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
- 1) в территориальной больнице
  - 2) в любой больнице населенного пункта
  - 3) в любой больнице РФ
  - 4) в любой больнице субъекта Федерации
34. К НАРКОТИЧЕСКИМ АНАЛЬГЕТИКАМ ОТНОСИТСЯ
- 1) диазепам
  - 2) промедол
  - 3) дроптаверин
  - 4) дроперидол
35. ПРОЦЕСС ПРЕОБРАЗОВАНИЯ РАЗДРАЖИТЕЛЯ В НЕРВНЫЙ ИМПУЛЬС – ЭТО
- 1) трансдукция
  - 2) модуляция
  - 3) трансмиссия
  - 4) перцепция
36. ПРОЦЕСС ПРОВЕДЕНИЯ НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА – ЭТО
- 1) перцепция
  - 2) трансмиссия
  - 3) трансдукция
  - 4) модуляция
37. УВЕЛИЧЕНИЕ АМПЛИТУДЫ БОЛЕВОГО НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА В СПИННОМ МОЗГЕ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) трансмиссия
  - 2) трансдукция
  - 3) перцепция
  - 4) модуляция
38. УМЕНЬШЕНИЕ АМПЛИТУДЫ БОЛЕВОГО НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА В СПИННОМ МОЗГЕ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) модуляция
  - 2) трансмиссия
  - 3) трансдукция
  - 4) перцепция
39. ЭНДОРФИНЫ, СВЯЗЫВАЯСЬ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РЕЦЕПТОРАМИ СПИННОГО МОЗГА ВЛИЯЮТ НА ПРОЦЕССЫ
- 1) трансмиссии
  - 2) модуляции
  - 3) трансдукции
  - 4) перцепции
40. ТЕЛО ПЕРВОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НАХОДИТСЯ В
- 1) задних рогах спинного мозга

- 2) передних рогах спинного мозга
  - 3) спинномозговом ганглии
  - 4) соматических нервных сплетениях
41. ТЕЛО ВТОРОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НАХОДИТСЯ В
- 1) соматических нервных сплетениях
  - 2) задних рогах спинного мозга
  - 3) спинномозговом ганглии
  - 4) передних рогах спинного мозга
42. ПЕРЕДАЧА НЕРВНОГО ИМПУЛЬСА С АКСОНА ПЕРВОГО ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА НА ТЕЛО ВТОРОГО НЕЙРОНА ПРОИСХОДИТ В
- 1) задних рогах спинного мозга
  - 2) передних рогах спинного мозга
  - 3) спинномозговом ганглии
  - 4) соматических нервных сплетениях
43. НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ПРОИСХОДИТ В
- 1) гипоталамусе
  - 2) спинном мозге
  - 3) таламусе
  - 4) коре головного мозга
44. ПРОЦЕСС СПЕЦИФИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ, ЕЕ ХАРАКТЕРА И ЛОКАЛИЗИЦИИ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) модуляцией
  - 2) трансдукцией
  - 3) трансмиссией
  - 4) перцепцией
45. ТАХИКАРДИЯ, ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ОТВЕТ НА БОЛЕВОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ ОТНОСЯТСЯ К
46. РЕКЦИЯМ НА БОЛЬ
- 1) неспецифическим
  - 2) специфическим
  - 3) парадоксальным
  - 4) параспецифическим
47. ОТДЕРГИВАНИЕ КОНЕЧНОСТИ В ОТВЕТ НА ДЕЙСТВИЕ БОЛЕВОГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ ОТНОСИТСЯ К РЕКЦИЯМ НА БОЛЬ
- 1) параспецифическим
  - 2) специфическим
  - 3) неспецифическим
  - 4) парадоксальным
48. НОЦИЦЕПТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ В ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ ПОСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ
- 1) передние рога спинного мозга
  - 2) ноцицептивные отверстия
  - 3) задние рога спинного мозга
  - 4) боковые канатики спинного мозга
49. ПЕРВИЧНЫЙ АФФЕРЕНТНЫЙ НЕЙРОН, КОТОРЫЙ АКТИВИРУЕТСЯ ТОЛЬКО БОЛЕВЫМ (УГРОЖАЮЩИМ ЦЕЛОСТНОСТИ ОРГАНИЗМА) СТИМУЛАМИ НАЗЫВАЕТСЯ
- 1) альгоцепторы
  - 2) альфа-адреноцепторы
  - 3) h-холинорецепторы
  - 4) ноцицептор

50. ДЕМОНСТРАЦИЯ ПЕРВОГО УДАЧНОГО ЭФИРНОГО НАРКОЗА ПРИ УДАЛЕНИИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОПУХОЛИ ВЫПОЛНИЛ МОРТОН В ГОДУ
- 1) 1846
  - 2) 1914
  - 3) 1927
  - 4) 1875
51. ИННЕРВАЦИЮ ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО КИШЕЧНИКА, БРЫЖЕЙКИ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
- 1) седалищный нерв
  - 2) лучевой нерв
  - 3) локтевой
  - 4) чревный нерв
52. ВЕЩЕСТВО С ШИРОКИМ СПЕКТРОМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, КОТОРОЕ ТАКЖЕ ОТВЕЧАЮТ ЗА ПЕРЕДАЧУ БОЛЕВЫХ ИМПУЛЬСОВ В ЦНС
- 1) пролактин
  - 2) субстанция Р
  - 3) брадикинин
  - 4) гистамин
53. ОЩУЩЕНИЕ БОЛИ С ТРУДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ОТ ВНУТРЕННИХ ОРГАНАХ - ЭТО
- 1) висцеральная боль
  - 2) соматическая боль
  - 3) фантомная боль
  - 4) нейропатическая боль
54. УМЕНЬШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТЕЛА, ИЛИ ЕГО ЧАСТИ, В ПЛОТЬ ДО ПОЛНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ИНФОРМАЦИИ ОБ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И СОБСТВЕННОМ СОСТОЯНИИ
- 1) агевзия
  - 2) анестезия
  - 3) анальгезия
  - 4) аносмия
55. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ БЛОКИРОВАНИЕ ПЕРЕДАЧИ ИМПУЛЬСА НА УРОВНЕ СТВОЛА НЕРВА ИЛИ НЕРВНЫХ СПЛЕТЕНИЙ- ЭТО
- 1) комбинированная спинно-эпидуральная анестезия
  - 2) инфилтративная анестезия
  - 3) терминальная анестезия
  - 4) проводниковая анестезия
56. БЛОКИРОВАНИЕ ПЕРЕДАЧИ ИМПУЛЬСА НА УРОВНЕ КОРЕШКОВ СПИНОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ ПУТЕМ ВВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ В СУБДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО
- 1) эпидуральная анестезия
  - 2) проводниковая анестезия
  - 3) аппликационная анестезия
  - 4) спинальная анестезия
57. РАСПОЛОЖИТЕ ПО ПОРЯДКУ ОБОЛОЧКИ СПИННОГО МОЗГА ОТ САМОЙ ПОВЕРХНОСТИ ДО САМОЙ ГЛУБОКОЙ
- 1) твердая, паутинная, мягкая
  - 2) твердая, мягкая, паутинная
  - 3) паутинная, твердая, мягкая
  - 4) мягкая, паутинная, твердая
58. ОБЪЁМ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ИМЕЕТ НАИБОЛЬШИЙ ОБЪЕМ В
- 1) грудном отделе

- 2) поясничном отделе
  - 3) шейном отделе
  - 4) крестцовом отделе
59. НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ЦВД СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 0–5 см вод. ст.
  - 2) 6–12 мм рт. ст.
  - 3) 40–60 мм рт. ст.
  - 4) 5–10 см вод. ст.
60. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ОТРАЖАЕТ
- 1) преднагрузку правого желудочка
  - 2) сократимость правого желудочка
  - 3) комплаенс левого желудочка
  - 4) преднагрузку левого желудочка
61. ДЛЯ ИНВАЗИВНОГО КОНТРОЛЯ ЦВД ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) доступ к нижней полой вене через бедренную вену
  - 2) доступ к верхней полой вене через подключичную вену
  - 3) катетеризацию легочной артерии катетером Свана-Ганца
  - 4) монитор PiCCO
62. ВЕЛИЧИНА ОПСС В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 1900-3700 кПа/л×с
  - 2) 560-900 кПа/см вод. ст. 3) 900-1500 дин×с×см-5 4) 500–600 дин/кПа
63. НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ САТУРАЦИИ ГЕМОГЛОБИНА СМЕШАННОЙ ВЕНОЗНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ СОСТАВЛЯЕТ %
- 1) 40-45
  - 2) не ниже 60
  - 3) не ниже 75
  - 4) 10–15
64. ЗАКОН ФРАНКА–СТАРЛИНГА – ЭТО
- 1) зависимость выброса от постнагрузки
  - 2) зависимость выброса от ЧСС
  - 3) зависимость ОПСС от постнагрузки
  - 4) зависимость выброса от преднагрузки
65. СЕРДЕЧНЫЙ ИНДЕКС ИЗМЕРЯЕТСЯ В
- 1) л/кг
  - 2) л/м<sup>2</sup>\*мин
  - 3) кПа/л\*с
  - 4) л/мин
66. НОРМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА ПРЕДНАГРУЗКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 5-10 см вод. ст.
  - 2) 6-12 мм рт. ст.
  - 3) 15-20 мм рт. ст.
  - 4) 100–120 мм рт. ст.
67. ДАВЛЕНИЕ ЗАКЛИНИВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ДЗЛА) ОТРАЖАЕТ
- 1) преднагрузку левого желудочка
  - 2) диастолическую функцию правого желудочка
  - 3) производительность правого сердца
  - 4) преднагрузку правого сердца
68. ОТВЕДЕНИЕ ЭКГ V5 СЧИТАЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ДЛЯ
- 1) мониторинга ишемии

- 2) контроля ритма
  - 3) диагностики острого инфаркта миокарда
  - 4) контроля дигитализации
69. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНОСТИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ
- 1) аускультация
  - 2) оценки параметров вентиляции
  - 3) бронхоскопия
  - 4) капнография
70. ГИПОКСИЯ ЭТО -
- 1) кислородное голодание тканей
  - 2) недостаточное содержание кислорода в крови
  - 3) состояние, характеризующееся накоплением в крови CO<sub>2</sub>
  - 4) состояние, когда резко затрудняется (или прекращается) поступление в организм кислорода и выделение углекислоты
71. ЗНАЧЕНИЕ PetCO<sub>2</sub> ЗАВИСИТ ОТ
- 1) дыхательного объема, состояния гемодинамики пациента
  - 2) минутной альвеолярной вентиляции, состояния гемодинамики пациента
  - 3) частоты дыхания, состояния гемодинамики пациента
  - 4) фракции кислорода во вдыхаемой смеси
72. В СЛУЧАЕ ИНТУБАЦИИ ПИЩЕВОДА ЗНАЧЕНИЕ PetCO<sub>2</sub> БУДЕТ
- 1) постепенно увеличиваться
  - 2) равняться нулю
  - 3) постепенно уменьшаться
  - 4) резко возрастет
73. ЦИФРОВОЕ ИЗМЕРЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO<sub>2</sub> В КОНЦЕ ВЫДОХА - ЭТО
- 1) bis-мониторинг
  - 2) капнография
  - 3) капнометрия
  - 4) пульсоксиметрия
74. ИЗМЕРЕНИЕ И ГРАФИЧЕСКОЕ ОТОБРАЖЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO<sub>2</sub> НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕГО ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦИКЛА – ЭТО
- 1) капнография
  - 2) капнометрия
  - 3) bis-мониторинг
  - 4) пульсоксиметрия
75. НОРМА ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ CO<sub>2</sub> В КОНЦЕ ВДОХА СОСТАВЛЯЕТ ММ РТ. СТ.
- 1) 21-32
  - 2) 15-18
  - 3) 36-42
  - 4) 54-66
76. ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ОБЪЕМ У ПАЦИЕНТА, МАССОЙ 70 КГ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО РАВЕН МЛ
- 1) 320
  - 2) 750
  - 3) 1600
  - 4) 500
77. ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
- 1) осциллометрию

- 2) плетизмографию
  - 3) сцинтиграфию
  - 4) пульсоксиметрию
78. НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ SpO<sub>2</sub> У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ %
- 1) 94-96
  - 2) 96-100
  - 3) 92-98
  - 4) 90-95
79. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭФФЕКТА ДОПPLЕРА ВОВЛЕКАЕТ ИЗМЕРЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В
- 1) частоты отраженных ультразвуковых волн
  - 2) электропроводимости движущегося потока крови
  - 3) частотной реакции артериальной стенки
  - 4) температуры крови
80. КОНЦЕНТРАЦИЯ КИСЛОРОДА ИЗМЕРЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
- 1) инфракрасного поглощения
  - 2) электрода Северингхауза
  - 3) по числу Рейно
  - 4) электрода Кларка
81. КОНЦЕНТРАЦИЯ УГЛЕКИСЛОТЫ МОЖЕТ БЫТЬ ИЗМЕРЕНА С ПОМОЩЬЮ
- 1) пламенной фотометрии
  - 2) электрода Северингхауза
  - 3) пульсоксиметра
  - 4) изменений в пьезоэлектрическом эффекте
82. ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ НЕДОСТОВЕРНА ПРИ
- 1) выраженной кожной пигментации
  - 2) серповидно-клеточной анемии
  - 3) отравлении метгемоглобинообразующими ядами
  - 4) при отравлении ФОС
83. ПРАВИЛЬНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ВЕРИФИЦИРУЮТ ПО
- 1) показателям капнографии
  - 2) наличию конденсата в интубационной трубке
  - 3) уровню SpO<sub>2</sub>
  - 4) данным аускультации
84. К СИНДРОМАМ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ
- 1) острая церебральная недостаточность
  - 2) декомпенсированная хроническая дыхательная недостаточность
  - 3) декомпенсация хронической сердечно-сосудистой недостаточности
  - 4) острое нарушение мозгового кровообращения
85. К СИНДРОМАМ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ОТНОСИТСЯ
- 1) железodefицитная анемия тяжелой степени
  - 2) острое нарушение водно-электролитного баланса и кислотнощелочного состояния
  - 3) терминальная стадия хронической почечной недостаточности
  - 4) железodefицитная анемия средней степени тяжести
86. ДЛЯ НЕИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) интубация трахеи
  - 2) назо- и орофарингеальные воздуховоды
  - 3) сгибание головы и открытие рта
  - 4) тройной прием Сафара или запрокидывание головы и открытие рта

87. КОНИКОТОМИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

- 1) между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
- 2) между перстневидным и щитовидным хрящами
- 3) между первым и вторым полукольцами трахеи
- 4) ниже подъязычной кости

88. ПРИЕМ ХЕЙМЛИХА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1) аспирации инородного тела
- 2) утоплении
- 3) удушении
- 4) асистолии

89. ТРОЙНОЙ ПРИЕМ САФАРА ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ

- 1) восстановления проходимости дыхательных путей
- 2) постановки назогастрального зонда
- 3) выявления наличия зубных протезов
- 4) оценки наличия сознания

90. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГОРТАННОЙ МАСКИ ЯВЛЯЕТСЯ

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

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

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

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

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

93. ПРИ РАЗВИТИИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПОКАЗАТЕЛЬ КАМНОМЕТРИИ

- 1) увеличится
- 2) будет равен 0 мм рт. ст.
- 3) уменьшится
- 4) резко возрастет

94. ПРИ УТОПЛЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАЧИНАЮТСЯ С

- 1) компрессий грудной клетки
- 2) 2-х спасательных вдохов
- 3) приема Геймлиха
- 4) электрореанимации

95. СИМПТОМ БЕЛОГЛАЗОВА – ЭТО

- 1) деформация зрачка при сдавлении глазного яблока с боков
- 2) расширение зрачка в ответ на давление на глазное яблоко
- 3) сужение зрачка при наведении на него источника света
- 4) расширение зрачка при нанесении болевого раздражителя

96. ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОМ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЕИХ ПОПЫТОК ПРОВЕДЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ПОМОЩИ МЕШКА АМБУ С

- ЛИЦЕВОЙ МАСКОЙ ВО ВРЕМЯ СЛР НЕОБХОДИМО
- 1) провести еще две попытки
  - 2) провести Тройной прием Сафара
  - 3) немедленно приступить к выполнению компрессий
  - 4) ввести миорелаксанты
97. В СЛУЧАЕ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ
- 1) в палате интенсивной терапии
  - 2) на месте
  - 3) в реанимационном зале
  - 4) в перевязочной
98. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА НЕТ СОЗНАНИЯ, НО ЕСТЬ ДЫХАНИЕ, НЕОБХОДИМО
- 1) не трогать пациента
  - 2) зафиксировать шею и ждать специализированную помощь
  - 3) нанести болевой раздражитель, чтобы попытаться восстановить сознание
  - 4) придать боковое восстановительное положение
99. ГЛУБИНА КОМПРЕССИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР ДЛЯ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ СМ
- 1) 4-5
  - 2) 3-4
  - 3) 6-7
  - 4) 5-6
100. КОЛИЧЕСТВО КОМПРЕССИЙ В МИНУТУ ПРИ СЛР ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ В МИНУТУ
- 1) 100-120
  - 2) менее 60
  - 3) 20
  - 4) 60-90
  - 5) 90-100
101. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ
- 1) в центре грудной клетки
  - 2) на верхней трети груди
  - 3) на мечевидном отростке
  - 4) на границе средней и нижней трети груди
102. РЕАНИМАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ
- 1) только в случае клинической смерти пострадавшего работоспособного возраста
  - 2) в каждом случае клинической смерти
  - 3) только в случае клинической смерти детей
  - 4) только в случае клинической смерти пострадавшего младше 65 лет
103. СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА И ЧАСТОТЫ ВДОХОВ ПРИ ИВЛ ОДНИМ СПАСАТЕЛЕМ
- 1) 5:2
  - 2) 15:1
  - 3) 30:2
  - 4) 5:1
104. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ
- 1) двумя руками
  - 2) основанием ладони двух рук
  - 3) двумя пальцами

- 4) основанием ладони одной руки
105. КОМПЛЕКС СЛР НАЧИНАЮТ ПРОВОДИТЬ С
- 1) непрямого массажа сердца
  - 2) обеспечения проходимости дыхательных путей
  - 3) искусственного дыхания
  - 4) электродефибрилляции
106. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ БАЗОВОГО РЕАНИМАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА
- 1) обеспечение проходимости дыхательных путей - ИВЛ - непрямой массаж сердца
  - 2) непрямой массаж сердца - обеспечение проходимости дыхательных путей - ИВЛ
  - 3) ИВЛ - обеспечение проходимости дыхательных путей - непрямой массаж сердца
  - 4) не имеет значения
107. АДРЕНАЛИН, АМИОДАРОН И ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ В СОВОКУПНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
- 1) асистолии
  - 2) фибрилляции предсердий
  - 3) фибрилляции желудочков
  - 4) электромеханической диссоциации
108. ВНУТРИКОСТНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
- 1) у пожилых людей
  - 2) у подростков
  - 3) у детей до 6 лет
  - 4) при невозможности обеспечения венозного доступа у людей любого возраста
109. ВРЕМЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛР ПРИ АСИСТОЛИИ СОСТАВЛЯЕТ МИНУТ
- 1) 30
  - 2) 20
  - 3) 45
  - 4) 60
110. ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
- 1) электромеханической диссоциации
  - 2) полной АВ-блокаде
  - 3) асистолии
  - 4) фибрилляции желудочков
111. АДРЕНАЛИН ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ
- 1) после 3-го разряда дефибриллятора
  - 2) введение адреналина противопоказано
  - 3) через 3 минуты от начала СЛР
  - 4) сразу после регистрации ЭКГ
112. МАКСИМАЛЬНАЯ ДОЗА АТРОПИНА ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ
- 1) не используется при СЛР
  - 2) 0,08 мг/кг
  - 3) 0,06 мг/кг
  - 4) 0,04 мг/кг
113. ПРИ ИВЛ МЕШКОМ ТИПА «АМБУ» ЧЕРЕЗ ЛИЦЕВУЮ МАСКУ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ
- 1) разобщенно, компрессии 100-120 в мин., вдохи 10 в мин. 2) 2:30

- 2) 30:2
- 3) 15:2
114. ПРИ ИВЛ МЕШКОМ ТИПА «АМБУ» ЧЕРЕЗ ЭНДОТРАХЕАЛЬНУЮ ТРУБКИ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ, СООТНОШЕНИЕ КОМПРЕССИЙ И ВДОХОВ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ
  - 1) разобщенно, компрессии 100-120 в мин., вдохи 10 в мин.
  - 2) 2) 2:30
  - 3) 15:2
  - 4) 30:2
115. ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА, С НАЛИЧИЕМ РИТМА, ПОДДАЮЩЕГОСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ, ПЕРВЫЙ РАЗРЯД ДОЛЖЕН НАНОСИТЬСЯ
  - 1) после двух комплексов сердечно-легочной реанимации.
  - 2) в данном случае дефибрилляция не проводится
  - 3) как можно раньше
  - 4) только после введения раствора Амiodарона
116. ПРИ ПОПЫТКЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗРЯДА, ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ ДЕФИБРИЛЛЯТОРА РИТМ ПАЦИЕНТА ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ В АСИСТОЛИЮ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА
  - 1) повысить заряд и провести разряд
  - 2) понизить заряд и провести разряд
  - 3) провести разряд и сразу оценить ритм
  - 4) убрать электроды дефибриллятора, сбросить заряд
117. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, В СЛУЧАЕ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА ПРОВОДЯТ
  - 1) непрямой массаж сердца
  - 2) внутрисердечное введение адреналина
  - 3) открытый массаж сердца
  - 4) подключение аппарата искусственного кровообращения
118. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА, ПОДДАЮЩЕЙСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ (ФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ), РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
  - 1) ввести внутрисердечно сразу после регистрации ритма
  - 2) при данном виде остановки сердца адреналин вводить не следует
  - 3) вводить каждые 3-5 минут после нанесения третьего разряда электродефибриллятора
  - 4) вводить каждые 3-5 минут сразу после обеспечения венозного или интраоссального доступа
119. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА, НЕ ПОДДАЮЩЕЙСЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ (АСИСТОЛИЯ), РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
  - 1) вводить каждые 3-5 минут после нанесения третьего разряда электродефибриллятора
  - 2) вводить каждые 3-5 минут сразу после обеспечения венозного или интраоссального доступа
  - 3) при данном виде остановки сердца адреналин вводить не следует
  - 4) ввести внутрисердечно сразу после регистрации ритма
120. ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА РАСТВОР АДРЕНАЛИНА СЛЕДУЕТ
  - 1) ввести 1 мг после третьего разряда электродефибриллятора
  - 2) ввести 1 мг после первого разряда электродефибриллятора
  - 3) ввести 1мг сразу после регистрации фибрилляции желудочков
  - 4) при данном виде остановки сердца адреналина вводить не следует
121. ПРИ ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЙ ДИССОЦИИ (БЕЗПУЛЬСОВАЯ

- АКТИВНОСТЬ) АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТСЯ
- 1) вводятся внутриаьтериально
  - 2) вводятся внутрикостно
  - 3) вводятся внутривенно
  - 4) не вводятся
122. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОЗА АДРЕНАЛИНА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР
- 1) 1мг каждые 10 минут
  - 2) 1мг каждые 3-5 минут
  - 3) 2мг каждые 3-5 минут
  - 4) 2мг каждые 10 минут
123. ЭЛЕКТРОДЕФИБРИЛЯЦИЮ ДОПУСКАЕТСЯ ПРОВОДИТЬ
- 1) до истечения сил спасателя
  - 2) не более 3-х разрядов в минуту
  - 3) пока продолжается фибрилляция желудочков
  - 4) 10 раз
124. ЭНЕРГИЯ НАЧАЛЬНОГО РАЗРЯДА БИФАЗНОГО ДЕФИБРИЛЯТОРА ДЛЯ ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ ДЖ/КГ
- 1) 2
  - 2) 4
  - 3) 6
  - 4) 8
125. ЧАСТОТУ КОМПРЕССИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЛР МОЖНО УВЕЛИЧИТЬ ДО 140 В МИНУТУ
- 1) никогда
  - 2) по желанию реаниматора
  - 3) только если достоверно известно, что у пострадавшего в анамнезе есть нестабильная стенокардия
  - 4) если меньшая частота не привела к восстановлению витальных функций в течении 20 минут
126. ЭМД – НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ
- 1) острой почечной недостаточности
  - 2) кардиогенном шоке
  - 3) массивной воздушной эмболии
  - 4) поражении электрическим током
127. АВТОРОМ СХЕМЫ РЕАНИМАЦИИ «АВСD» ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) В.А. Неговский
  - 2) Питер Сафар
  - 3) Анри Лабори
  - 4) А.П. Зильбер
128. АЛЬТЕРНАТИВОЙ ЦЕНТРАЛЬНОМУ ВЕНОЗНОМУ ДОСТУПУ ПРИ СЛР МОЖЕТ БЫТЬ
- 1) внутрикостный
  - 2) внутрисердечный
  - 3) эндотрахеальный
  - 4) периферический
129. ИСТИННОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
- 1) ларингоспазма
  - 2) рефлекторной остановки сердца
  - 3) погружении в холодную воду
  - 4) попадании жидкости в дыхательные пути
130. АСФИКСИЧЕСКОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) попадании жидкости в дыхательные пути
  - 2) рефлекторной остановки сердца
  - 3) ларингоспазма
  - 4) погружении в холодную воду
131. СИНКОПАЛЬНОЕ УТОПЛЕНИЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
- 1) ларингоспазма
  - 2) попадании жидкости в дыхательные пути
  - 3) отеке легких
  - 4) погружении в холодную воду

## ***II. Перечень практических навыков и умений***

Практический навык 1. Установка oro- и назофарингеального воздуховода.

Практический навык 2. Установка ларингеальной маски и надгортанного воздуховода типа «IGEL».

25

Практический навык 3. Установка ларингеальной трубки.

Практический навык 4. Установка комбинированной пищеводно-трахеальной трубки.

Практический навык 5. Оротрахеальная интубация.

Практический навык 6. Назотрахеальная интубация.

Практический навык 7. Интубация трахеи с помощью интубирующей ларингеальной маски.

Практический навык 8. Коникотомия.

Практический навык 9. Пункционно-дилатационная трахеостомия.

Практический навык 10. Пункция и дренирование плевральной полости при пневмотораксе.

Практический навык 11. Пункция и дренирование плевральной полости при гидротораксе.

Практический навык 12. Катетеризация подключичной вены.

Практический навык 13. Катетеризация внутренней яремной вены.

Практический навык 14. Катетеризация подключичной вены, под УЗ-контролем.

Практический навык 15. Катетеризация внутренней яремной вены, под УЗ-контролем.

Практический навык 16. Спинальная анестезия.

Практический навык 17. Эпидуральная анестезия.

Практический навык 18. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия.

Практический навык 19. Кардиоверсия.

Практический навык 20. Оценка ритма сердца. Дефибрилляция.

Практический навык 21. Базовая сердечно-легочная реанимация у взрослых.

Практический навык 22. Базовая сердечно-легочная реанимация у детей.

Практический навык 23. Расширенная сердечно-легочная реанимация у взрослых.

Практический навык 24. Расширенная сердечно-легочная реанимация у детей.

Практический навык 25. Быстрая последовательная индукция.

Практический навык 26. Алгоритм ситуации «не могу интубировать, не могу вентилировать»

## ***Вопросы для проведения собеседования:***

### **Анестезиология**

1. Классификация анестезиологического риска
2. Премедикация, задачи, фармакологические средства, способы.
3. Вводный наркоз, задачи, препараты, способы проведения.
4. Мышечные релаксанты: депполяризующие и недеполяризующие, механизм действия, правила применения, осложнения.
5. Основные узлы наркозного аппарата, дыхательные контуры, правила работы с медицинскими газами.

6. Стадии наркоза на примере ингаляционного наркоза этиловым эфиром.
7. Ингаляционные анестетики, преимущества и недостатки. Особенности работы с эфиром, фторотаном, закисью азота.
8. Неингаляционные анестетики. Преимущества и недостатки. Особенности работы с барбитуратами, ГОМКом, кетаминном и диприваном.
9. Комбинированная анестезия. Комбинированный эндотрахеальный наркоз, преимущества, показания, оптимальные комбинации анестетиков.
10. Современная многокомпонентная анестезия. Основные цели и средства их достижения.
11. Тотальная внутривенная анестезия, область применения, преимущества, недостатки, возможные осложнения.
12. Наркоз при спонтанном дыхании больного, методы проведения, используемые анестетики, область применения, недостатки метода.
13. Разработанные методы комбинированной анестезии: нейролептаналгезия, атаралгезия, центральная аналгезия. Препараты, сфера применения, недостатки метода.
14. Анестезия при малых оперативных вмешательствах и манипуляциях. Обезболивание в поликлинических условиях.
15. Проводниковая анестезия, разновидности, характеристика препаратов.
16. Эпидуральная и спинномозговая анестезия, показания и противопоказания, анестетики, осложнения.
17. Обезболивание при экстренных операциях, особенности подготовки и проведения анестезии.
18. Анестезия в акушерстве, обезболивание операции кесарева сечения.
19. Разлитой перитонит, особенности подготовки больного, выбор метода и проведение анестезии.
20. Особенности анестезии при острой кишечной непроходимости.
21. Анестезия при сопутствующем сахарном диабете.
22. Особенности анестезии при почечной и печеночной недостаточности.
23. Особенности проведения анестезии у больных с ожирением.
24. Анестезия у детей. Анатомо-физиологические особенности детского возраста.
25. Особенности анестезии при черепно-мозговой травме.
26. Проблемы трудной интубации трахеи, тактика врача анестезиолога, ларингеальная маска.
27. Возможные осложнения со стороны органов дыхания при различных видах анестезии.
28. Особенности анестезии в торакальной хирургии. Однолегочная вентиляция.
29. Возможные осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы при проведении общей анестезии, их профилактика.
30. Особенности анестезии при массивной кровопотере и продолжающемся кровотечении.
31. Особенности анестезии при лапароскопических операциях, компартмент синдром.
32. Особенности анестезии у больных старческого возраста.

### **Реанимация и интенсивная терапия**

1. Катетеризация магистральных вен, показания, осложнения и их профилактика, правила ухода.
2. Классификация терминальных состояний. Сердечно-легочная реанимация при клинической смерти.
3. Постреанимационная болезнь. Принципы интенсивной терапии.
4. Электротравма, принципы интенсивной терапии.
5. Механическая асфиксия, утопление в пресной и соленой воде. Особенности интенсивной терапии.

6. Массивная кровопотеря, геморрагический шок. Интенсивная терапия, характеристика плазмозамещающих препаратов, показания к гемотрансфузии, осложнения.
7. Анафилактический шок. Интенсивная терапия.
8. Сепсис, клиника, диагностика, интенсивная терапия. Септический шок.
9. Патофизиология черепно-мозговой травмы. Методы снижения внутричерепного давления.
10. Бронхиальная астма. Астматический статус, диагностика, принципы интенсивной терапии.
11. Виды отека легких, принципы интенсивной терапии.
12. Острый респираторный дистресс-синдром. Патофизиология, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
13. Гестозы. Эклампсия. Клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
14. Эмболия околоплодными водами, этиопатогенез, клиника, интенсивная терапия.
15. Острая почечная недостаточность. Причины, диагностика, принципы интенсивной терапии.
16. Острая печеночная недостаточность. Этиология, принципы интенсивной терапии.
17. Ожоговый шок, патогенез, особенности интенсивной терапии.
18. Кардиогенный шок. Патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
19. ДВС-синдром, этиопатогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия на разных стадиях.
20. Острые нарушения мозгового кровообращения, виды, особенности интенсивной терапии.
21. Принципы интенсивной терапии судорожного и гипертермического синдромов.
22. Особенности реанимации и интенсивной терапии при сочетанной травме.
23. Парентеральное питание. Характеристика препаратов, принципы составления инфузионной программы.
24. Разлитой перитонит, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
25. Особенности инфузионной терапии в педиатрии.
26. Острый стенозирующий ларинготрахеит у детей. Принципы интенсивной терапии.
27. Нейротоксикоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
28. Виды диабетических ком, диагностика, интенсивная терапия.
29. Интенсивная терапия острого панкреатита.
30. Тромбоэмболия легочной артерии, клиника, лечение, группы риска, профилактика.
31. Нарушения водно-солевого обмена. Виды дегидратаций, диагностика, лечение. Коррекция электролитных нарушений.
32. Показания к трахеостомии и кониотомии. Техника выполнения, правила ухода.
33. Фазы послеоперационного периода. Особенности интенсивной терапии.
34. ИВЛ: показания, режимы, осложнения.

### **Токсикология**

1. Понятие о яде, рецепторе токсичности, фазах течения острого отравления.
2. Классификация острых отравлений, факторы, влияющие на химическую травму.
3. Пути поступления яда в организм и их влияние на течение острого отравления.
4. Тактика врача при остром отравлении. Токсикологический анамнез.
5. Основные синдромы токсического поражения системы дыхания. Виды гипоксий. Примеры ядов.
6. Патологические синдромы при отравлении кардиотоксическими ядами, экзотоксический шок, его особенности, основные направления терапии.
7. Токсическая кома, классификация, осложнения, интенсивная терапия.
8. Острый интоксикационный психоз, классификация, неотложная помощь.
9. Методы очищения ЖКТ. Правила промывания желудка, особенности у детей.
10. Метод форсированного диуреза, показания и противопоказания, осложнения.

Особенности у детей и стариков.

11. Методы искусственной детоксикации, классификация, показания и противопоказания. Роль физиогематерапии.
12. Понятие об антидотах, классификация (по Лужникову), особенности применения.
13. Алкогольная кома, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения, интенсивная терапия.
14. Интенсивная терапия острого панкреатита.
15. Суррогаты алкоголя. Отравление метиловым спиртом, клиника, диагностика, основные принципы интенсивной терапии.
16. Отравление этиленгликолем, целозольвами, изопропиловым спиртом. Клиника, диагностика, интенсивная терапия.
17. Отравления снотворными и седативными препаратами (барбитураты, бензодиазепины). Клиника, диагностика, интенсивная терапия, осложнения.
18. Отравление трициклическими антидепрессантами. Основные патологические синдромы, ЭКГ- диагностика, антидотная и дезинтоксикационная терапия.
19. Отравления парацетамолом, аспирином. Клиника, диагностика, интенсивная терапия.
20. Отравление веществами с холинолитическим эффектом. Примеры ядов, особенности клинических проявлений, интенсивная терапия.
21. Отравление Ф О С. Клиника, интенсивная терапия, антидоты.
22. Отравление угарным газом. Клиника, интенсивная терапия.
23. Отравление агрессивными газами. Токсический отек легких.
24. Отравление коррозивными ядами. Особенности деконтаминации ЖКТ, основные принципы интенсивной терапии.
25. Отравление тяжелыми металлами. Особенности отравлений соединениями ртути, свинца, железа, меди, таллием, мышьяком. Антидотная терапия. Детоксикация.
26. Отравление метгемоглобинообразователями. Роль Г-6-ФДГ эритроцитов. Клиника, антидотная и дезинтоксикационная терапия.
27. Отравление наркотическими веществами опийной группы. Клиника, диагностика, антидотная и дезинтоксикационная терапия.
28. Отравление галлюциногенами. Примеры ядов. Врачебная тактика, принципы терапии.
29. Отравление грибами с коротким инкубационным периодом.
30. Отравление грибами с длительным инкубационным периодом. Отравление бледной поганкой.
31. Ботулизм, клиника, дифференциальная диагностика, особенности терапии.
32. Отравление наркотическими веществами с психостимулирующим эффектом: кокаин, эфедрин, амфетамины. Особенности терапии.

### ***Ситуационные задачи:***

#### **Задача 1.**

Мужчина 35 лет, доставлен в коматозном состоянии. СМП была вызвана сыном больного, который при возвращении из школы застал своего отца лежащим на полу без движений. Соседи сообщили, что он не работает, злоупотребляет алкоголем, курит, 4 года назад ЧМТ. При обследовании: Следы рвоты на одежде, сознание отсутствует. Зрачки обычной величины, слабо реагируют на свет. Роговичные рефлексы сохранены. Болевая чувствительность снижена. Ригидности затылочных мышц нет. Наружных повреждений нет. Цианоз губ, акроцианоз. Изо рта запах алкоголя. Температура тела – 35,6<sup>0</sup> С. В легких много грубых сухих хрипов, больше справа. ЧДД – 12 в минуту. Пульс – 60 в минуту, АД – 90/ 50 мм.рт.ст.

В стационаре проведены исследования : глюкоза крови – 5,6 ммоль/л, мочевины – 4,9

ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, калий – 3,6 ммоль/л, рН-7,25. ЭКГ – синусовый ритм. Рентгенография легких: затемнение без четких границ над правой диафрагмой.

Определите:

1. Какова возможная причина комы и Ваш предварительный диагноз?
2. Какая стадия ОДН у пациента?
3. Как объяснить затемнение в правом легком?
4. Какое требуется неотложное лечение?

### **Задача 2.**

Дежурный реаниматолог вызван в приемное отделение, для осмотра больного доставленного бригадой СМП.

При осмотре больной предъявляет жалобы на приступ удушья, не купирующийся в течении 6 часов, отсутствие эффекта от применяемого ингаляционно салбутамола, нарастающую одышку, мучительный кашель с трудно отделяемой вязкой мокротой.

Из анамнеза выяснено, что больной страдает бронхиальной астмой.

Объективно: Сознание ясное. Положение вынужденное – больной сидит с фиксированным плечевым поясом. Диффузный цианоз, одышка экспираторного характера с ЧДД до 40 в минуту. При аускультации: дыхание проводится во всех отделах легких. По всем легочным полям выслушивается масса сухих, свистящих хрипов.

Тоны сердца глухие, отмечается тахикардия с ЧСС до 120 в мин., АД 140/90 мм.рт.ст., пульс 120 в мин. слабого наполнения.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Какое требуется неотложное лечение?

**Задача 3.** Поставьте диагноз по следующим клиническим признакам и лабораторным данным (больной 2-е сутки после операции аденомэктомии):

бледность кожных покровов, цианоз губ, акроцианоз набухания яремных вен;

резкая боль в правой половине грудной клетки, прожилки крови в мокроте;

влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания;

на рентгенограмме легких зона конусовидного затемнения в области средней доли правого легкого;

время свертывания крови (по Ли-Уайту) — 2 мин, фибриноген «Б» +++.

**Задача 4.** С целью обезболивания операции по поводу кисты левого яичника начата местная инфильтрационная анестезия 0,25% раствором новокаина. Сразу же после введения новокаина у больной отмечены резкое беспокойство, бледность кожных покровов, быстро нарастающий отек лица, шеи, чувство удушья, сопровождающееся затруднением выдоха. Пульс слабого наполнения, 132 уд/мин. Артериальное давления снизилось до 70/0 мм. рт. ст.

Определите возникшее состояние, объясните механизм его развития.

**Задача 5.** В отделение реанимации, минуя приемное отделение, доставлена женщина 36 лет в тяжелом состоянии с диагнозом: самопроизвольный выкидыш при сроке беременности 11—12 недель. При Транспортировке в машине скорой помощи женщина несколько раз теряла сознание. При осмотре: больная в сознании, но вялая, заторможена, отмечается резкая бледность кожных покровов, акроцианоз, АД 80/30 мм. рт. ст., пульс 112 уд/мин, нитевидный, тоны сердца глухие. По словам женщины, у нее дома произошел самопроизвольный выкидыш. В момент осмотра, забора проб крови, подготовки к пункционной катетеризации центральной вены больная почувствовала ухудшение состояния, беспокойна, жалуется на чувство нехватки воздуха, несмотря на подачу 100% кислорода. Произведена пункционная катетеризация подключичной вены. ЦВД резко отрицательное. Больная переведена в положение Тренделенбурга, начата инфузионная терапия, получены анализы крови: НЬ=31 ед., Нт=18%, сахар=7,8ммоль/л. При осмотре кровянистые выделения из половых путей в умеренном количестве.

Ваш диагноз, какова должна быть тактика интенсивной терапии? Укажите, необходимо ли

переливание крови и кровезаменителей? Какое количество крови необходимо перелить, каким кровезаменителям следует отдать предпочтение?

Целесообразно ли переливание сухой, нативной плазмы альбумина, протеина, введение преднизолона, мезатона, норадреналина, адреналина, препаратов кальция, бикарбоната натрия, дицинона, аминокaproновой кислоты, фибриногена? Какие критерии будут указывать на улучшение состояния больной? Каких специалистов необходимо срочно вызвать на консультацию? Следует ли произвести какое-либо экстренное хирургическое вмешательство?

#### **Задача 6.**

В реанимационный зал доставлен больной 23 лет. 20 минут назад был сбит автомашиной. При поступлении сознание отсутствует, двигательное возбуждение. На своде черепа участки ссадин и ушибов. Зрачки умеренно расширены, глазные яблоки «плавают». Дыхание глубокое, 12 в 1 минуту, везикулярное. АД 180/110 мм рт. ст. Пульс 52 уд/мин; При обследовании обнаружены перелом теменно-височной кости слева, смещение срединных структур слева направо. Произведена диагностическая спинно-мозговая пункция, при которой из спинно-мозгового канала получена проба ликвора, слабо окрашенного кровью. Ликвор вытекает под повышенным давлением.

Через 15 минут после проведенных исследований состояние больного резко ухудшилось. АД снизилось до 100/60 мм рт. ст., пульс участился до 124 уд. в 1 минуту. Дыхание стало поверхностным, участилось до 40 в 1 минуту. На болевые раздражители появляются клонико-тонические судороги с превалированием тонуса разгибателей.

Ваш диагноз? Каковы возможные причины развившегося осложнения? Ваша дальнейшая тактика?

#### **Задача 7**

В клинику поступил больной 65 лет с сердечной астмой, картина выраженной гипоксии и гиперкапнии, число дыханий 30 в мин. Наряду с медикаментозным лечением больному назначена кислородотерапия. Вскоре после начала ингаляции кислорода через маску наркозного аппарата у больного наступила остановка дыхания.

Объясните причину апноэ. Ваша тактика?

#### **Задача 8**

.Ребенок 1 г. 6 мес. поступил в реанимационное отделение с диагнозом двусторонняя мелкоочаговая пневмония, острая дыхательная недостаточность. Выраженный цианоз, одышка - число дыханий 50 в мин, пульс 140 мин<sup>-1</sup>. Начата кислородотерапия -100% кислорода с помощью маски наркозного аппарата. Несмотря на вдыхание кислорода в течение 20 мин. улучшения состояния не наступило — цианоз оставался таким же выраженным, одышка и тахикардия сохранились.

Объясните причину неэффективности кислородотерапии. Ваша тактика?

#### **Задача 9**

Пользуясь формулами общей потребности в калориях, рассчитайте и сравните полученные результаты для ребенка массой 10 кг и взрослого массой 70 кг (в сутки) необходимого количества белков (1 часть), жиров (1 часть) и углеводов (4 части).

Перечислите и обоснуйте допустимые виды обезболивания.

Расскажите об их методике, возможных осложнениях, противопоказаниях.

Составьте возможную инфузионно-трансфузионную программу:

на время операции (кровопотеря 1500 мл);

в 1-е сутки послеоперационного периода.

Показатели больного после операции: натрий 130 ммоль/л, хлор 93 ммоль/л, магний 1 ммоль/л, кальций 2,5 ммоль/л — в плазме; рН 7,42, ВЕ + 1,9 ммоль/л, рaCO<sub>2</sub> 41 мм рт. ст., общий белок 58 г/л. Нt 0,49, НЬ 131 г/л, ОЦК 3,1 л, ЦВД 2 см вод. ст. АД 100/60, ЧП 110. Диурез 1,5 л.

Проведите синдромную диагностику (ВЭБ, КЩС, ТГС, ОЦК).

Определите дефицит и назначьте коррекцию, рассчитав ее по формулам.

### Задача 10

Анестезиолог приглашен к больной (20 лет, вес 55 кг) костно-суставным туберкулезом, которой предстоят две однотипные радикально-восстановительные операции на тазобедренных суставах с интервалом €—8 месяцев. Первая операция (резекция в/3 бедра, формирование вертлужной впадины и гомопластика тазобедренного сустава) планируется на следующей неделе. У больной сопутствующий туберкулезный спондилит (Т4—Т10), кифоз III степени, хроническая дыхательная недостаточность II степени.

ЧД 24. Проба Штанге 18, проба. АД 110/80, ЧП 90. Других изменений нет.

При осмотре - анкилоз нижней челюсти, рот открывается на 3 см. Интубация путем прямой ларингоскопии представляется затруднительной.

1. Составьте и обоснуйте план анестезиологического пособия.
2. Перечислите возможные варианты интубации.

Ваши рекомендации по предоперационному обследованию, по премедикации:

Методика обезболивания.

Возможные осложнения.

Противопоказания.

Ориентировочная продолжительность каждого вида наркоза.

### Задача 11

На операцию назначена б-ная М., 48 лет, вес 80 кг, с диагнозом хронический калькулезный холецистит.

Назначьте необходимое предоперационное исследование. Возможные варианты премедикации. Перечислите допустимые виды обезболивания. Напишите рекомендации послеоперационной интенсивной терапии в реанимационном отделении.

### Задача 12

На операцию назначен больной 50 лет, вес 85 кг, с диагнозом рак желудка. Предстоит резекция желудка.

Назначьте необходимое предоперационное обследование.

Напишите возможные варианты премедикации.

Рассчитайте потребное количество гидролизатов, жировых эмульсий и глюкозы. Укажите процент и потребное количество в мл, т. е. то, что можно вписать в лист назначений.

### Задача 13

1. Перечислите заболевания, при которых может быть показана ИВЛ: нейротропные инфекции (5)—в скобках указано их минимальное количество, ОДН вследствие интоксикации (3),

ОДН вследствие травмы (2),

ДН при неврологических заболеваниях (3).

2. Напишите показатели больного, при которых показана ИВЛ.

- АД
- ЧП
- ЧД
- раО<sub>2</sub>
- раСО<sub>2</sub>
- эр.
- НЬ
- Нt
- другие, по вашему усмотрению \_\_\_\_\_

3. Перечислите пути и способы доставки кислорода в организм.

4. Расскажите о них (показания, методика, ожидаемые результаты, контрольные исследования, возможные осложнения, противопоказания).

### Задача 14

Машиной «скорой помощи» в приемный покой ГКБ «СМП» доставлен пострадавший

мужчина 20 лет, вес 70 кг. 30 мин назад получил ножевое ранение в/3 правого бедра, сопровождающееся сильным наруж-дым кровотечением. Сразу был наложен жгут.

При поступлении сознание сохранено, кожные покровы бледные, холодные, влажные. АД 80/40, ЧП 340, ЧД 24.

1. Ваши действия при поступлении раненого?

2. Через 30 мин анализ крови: гемоглобин 121 г/л, гематокрит 0,31, эритроциты 3,0 млн, ЦВД отрицат. Оцените состояние больного по синдромам:

3. Перечислите комплекс реанимационных мероприятий.

4. Назначьте инфузионно-трансфузионную терапию.

#### **Задача 15**

Машиной «скорой помощи» в приемное отделение ГКБ СМП доставлена пострадавшая женщина, вес 68 кг, получившая ножевое ранение в грудную клетку. Клиническая картина соответствует внутреннему кровотечению и открытому пневмотораксу.

1. Ваши действия при поступлении:

2. Предоперационная подготовка и выбор обезболивания (во время операции эвакуировано 2 л крови):

3. Оценить послеоперационное состояние по системам.

4. Рекомендации по инфузионно-трансфузионной терапии в послеоперационном периоде. (№ 0,36, белок 50 г/л, натрий 135 ммоль/л, К 3,6 ммоль/л; КЩС: рН 7,16, раСО<sub>2</sub> 19 мм рт. ст., ВЕ—15,7 ммоль/л, ВВ 35 ммоль/л, 5В 13,6 ммоль/л, АВ 9 ммоль/л.

#### **Задача 16**

Машиной «скорой помощи» в приемный покой ГКБ СМП доставлен пострадавший мужчина 55 лет, вес 70 кг. 1 час назад был сбит автомобилем.

При поступлении сознание сохранено, кожные покровы бледные, холодные, влажные. АД 70/40, ЧП 145, ЧД 26.

1. Ваши действия при поступлении пострадавшего?

2. Через 30 мин анализ крови: гемоглобин 108 г/л, гематокрит 0,3; эритроциты 3,3 млн. ЦВД отрицат. Рентгенологически—перелом таза. Оцените состояние больного по синдромам:

3. Перечислите комплекс реанимационных мероприятий.

4. Назначьте необходимую реанимационную терапию. (Н1 0,31, НВ 121 г/л, КЩС: рН 7,61, ра СО<sub>2</sub> 43 мм рт. ст., ВЕ+15,5 ммоль/л, ВВ 60,8 ммоль/л, 5В 40,1 ммоль/л, АВ 41 ммоль/л, калий 2,2 ммоль/л, 1Ма 130 ммоль/л, белок 54 г/л.

#### **Задача 17**

Из приемного покоя в реанимационное отделение ГКБ СМП доставлена больная 38 лет, вес 64 кг, с диагнозом ЖКК из язвы в области 12-перстной кишки. АД 100/60, ЧП 120, ЧД 24, гемоглобин 9,0 г/л, гематокрит 0,3, эритроциты 2,5 млн. Больная от операции отказывается.

1. Принято решение о консервативной терапии. Правильно или нет оно? Ваши назначения по интенсивной терапии в реанимационном отделении:

2. Через 2 часа: эритроциты 3,5 млн, НВ 134 г/л,  $\sim H\{$  0,35, рН 7,3, ВЕ 10 ммоль/л, раСО<sub>2</sub> 60 мм. рт. ст.). Определить дефицит ОЦК, нарушения КЩС и назначить коррекцию.

#### **Задача 18**

В приемное отделение ГКБ СМП доставлен больной 63 лет, вес 80 кг, диагностирована острая кишечная непроходимость. Длительность заболевания 12 часов. (К 3,0 ммоль/л, Na 122 ммоль/л, С1 93 ммоль/л, Са 5 ммоль/л, Нв 140 г/л, Н1;=0,38, эритроциты 4 млн; рН 7,26, ВЕ — 16, раСО<sub>2</sub> 28 мм рт. ст.).

1. Ваша синдромная диагностика больного:

2. Рекомендации по предоперационной подготовке:

3. Обоснуйте выбор обезболивания.

4. Рекомендации по послеоперационной инфузионной терапии (К 3,5, Na 139, С1 100, Са 5,1, рН 7,49, ВЕ+5, раСО<sub>2</sub> 46, № 0,37), НВ 138 г/л, эритроциты 2,9 млн.

#### **Задача 19**

В реанимационное отделение переведен больной 47 лет, вес 70 кг, с послеоперационным перитонитом. Клиническая картина соответствует.

1. Какие исследования необходимо провести у больного?
2. Ваши рекомендации по интенсивной терапии (К 5, Ма 143, Эр 4,2, НБ 14,0 г/л, № 0,35, белок 52 г/л; рН 7,32, рСОг 38, 5В 19, ВВ 36, ВЕ —6):

#### **Задача 20**

В приемный покой ГКБ СМП поступил пострадавший мужчина 47 лет, вес 80 кг, с диагнозом ЗЧМТ, ушиб головного мозга II ст.

В хирургическом лечении не нуждается. Переведен в реанимационное отделение. Без сознания, АД 115/90, ЧП 70, ЧД 2Э, ЦВД+12. По заключению невропатолога и нейрохирурга, офтальмолога, явления начинающегося отека головного мозга. Давление ликвора повышено, микроскопически в нем обнаружены эритроциты.

1. Напишите лечебную инфузионно-трансфузионную программу с применением средств по вашему усмотрению: включая лазикс, включая маннитол, включая мочевины, включая.
2. Улучшение (ухудшение) каких конкретных показателей больного вы ожидаете и в какое время?

#### **Задача 21**

В приемное отделение ГКБ СМП поступила больная 48 лет, вес 90 кг, с ожогом I—II ст. 50% поверхности тела.

1. Ваши рекомендации по необходимому обследованию?
2. Напишите инфузионно-трансфузионную программу на 1—3-е сутки. (ОЦП 2,5 л, белок 38 г/л, Ма 135, мочевины 7,37, К=3,8, ЦВД+2, Ш 0,4, НБ 160 г/л, рН 7,2, раСОа 19, ВЕ—10, ВВ 35, 8В 13, АВ 9).

#### **Задача 21**

В приемное отделение ГКБ СМП доставлена больная с острой пневмонией, 37 лет, вес 55 кг. Две недели лечилась амбулаторно от ОРЗ, ухудшение состояния, гектическая лихорадка явились причиной госпитализации. Т 39, ЧД 28, АД 110/80, ЧП 136, ЦВД 140, рН 7,22.

1. Синдромная диагностика.
2. Рекомендации по интенсивной терапии больной:

#### **Задача 22**

В реанимационное отделение ГКБ СМП поступила больная 24 лет, вес 55 кг, с диагнозом гинекологический сепсис.

1. Ваши рекомендации по обследованию больной?
2. Назначьте интенсивную терапию.

#### **Задача 23**

В приемный покой ГКБ СМП доставлен больной 37 лет, вес 60 кг, с астматическим статусом (гормонозависимая форма). Состояние крайне тяжелое. ЧД 25, АД 130/80, ЧП 141, ЦВД 250. Рентгенологически и клинически — немые зоны в легких в/3. Эритроциты 5,5, гематокрит 0,53, гемоглобин—150 г/л.

1. Синдромная диагностика.
2. Рекомендована интенсивная терапия:

#### **Задача 24**

В приемное отделение ГКБ СМП поступил больной 37 лет, вес 70 кг, с диагнозом кома неясной этиологии.

1. Перечислите возможные виды ком.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Обоснуйте лечение комы вследствие геморрагического инсульта.
4. Напишите инфузионную программу на 1-е сутки.

#### **Задача 25**

Попутным транспортом в приемный покой БСМП доставлена женщина около 30 лет, вес 60 кг. Подобрана во дворе жилого дома. Без сознания. Кожные покровы бледные, холодные,

влажные. АД 90/60, ЧП 60, ЧД 20.

1. Ваши действия при поступлении:

2. Оцените состояние пострадавшей, проведите дифференциальную диагностику и назначьте комплекс реанимационных мероприятий.

#### **Задача 26**

В приемное отделение ГКБ СМП поступил больной 37 лет, вес 70 кг, с диагнозом кома неясной этиологии.

1. Перечислите возможные виды ком.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Обоснуйте варианты терапии гипергликемической комы
4. Напишите инфузионную программу на 1-е сутки.

#### **Задача 27**

В приемное отделение ГКБ СМП поступил больной 23 лет, вес 70 кг, с явлениями острой печеночной недостаточности при отравлении неизвестным ядом.

1. Назначьте необходимое обследование.
2. Напишите рекомендуемую терапию.

#### **Задача 28**

В приемное отделение ГКБ СМП поступил больной 67 лет, вес 75 кг, с диагнозом кома неясной этиологии.

1. Перечислите возможные виды ком.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Обоснуйте варианты терапии печеночной комы.
4. Напишите инфузионную программу на 1-е сутки.

#### **Задача 29**

В приемное отделение ГКБ СМП поступил больной с явлениями острой почечной недостаточности при отравлении неизвестным ядом.

1. Назначьте необходимое обследование.
2. Напишите рекомендуемую терапию.

#### **Задача 30**

В приемное отделение ГКБ СМП поступил больной 37 лет, вес 70 кг, с диагнозом кома неясной этиологии.

1. Перечислите возможные виды ком.
2. Назначьте необходимое обследование.
3. Обоснуйте вариант терапии уремической комы (ОПН).
4. Напишите инфузионную программу на 1-е сутки.

#### **Разработчики:**

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент  
Доцент кафедры, к.м.н., доцент

А.Н. Обедин  
О.В. Зинченко