

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени  
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина**



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**уровень подготовки кадров высшей квалификации**

**Программа ординатуры**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.02**

***(анестезиология и реанимация)***

**РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА**  
на заседании кафедры госпитальной хирургии

Зав. кафедрой Уметалиев Т.М.



«26» августа 2025 г.

**Бишкек 2025**

**Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.02 Анестезиология и реаниматология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098 и Постановление Правительства КР №303 от 31.07.2007г.**

**Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена**

**Программу составили:**

**Хантимеров Равиль Мигатович, старший преподаватель кафедры ГХ,  
Ашырбаев Айбек Арсымович, к.м.н., доцент кафедры ГХ**

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ</b>	<b>4</b>
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	5
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	6
<b>2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ</b>	<b>9</b>
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	9
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	15
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	22
<b>3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА</b>	<b>48</b>

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

### **Универсальные**

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

### **Профессиональные**

#### **Профилактическая деятельность:**

(ПК-1) - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

(ПК-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

(ПК-3) - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

#### **Диагностическая деятельность:**

(ПК-5) - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

#### **Лечебная деятельность:**

(ПК-6) - готовностью к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий;

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

#### **Реабилитационная деятельность:**

(ПК-8) - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

**Психолого-педагогическая деятельность:**

(ПК-9) - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

**Организационно-управленческая деятельность:**

(ПК-10) - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

(ПК-11) - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

### **1.1. Цель государственного экзамена**

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.02 Анестезиология и реаниматология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.02 Анестезиология и реаниматология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1098

### **1.2. Порядок проведения государственного экзамена**

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

**Тестирование** проводится в форме бланчного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

### **Оценка практических навыков и умений**

Практическая часть государственной аттестации позволяет установить степень готовности ординатора к диагностической, лечебной, реабилитационной и другим видам деятельности в соответствии с требованиями ФГОС ВПО. Оценка практических навыков осуществляется членами экзаменационной комиссии по результатам разбора стандартизированной клинической ситуации на базе ОАР №1, ОАР №2, профильных хирургических отделений Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики.

Сформированность практических навыков и умений оценивается по следующим показателям:

1. Правильное оформление медицинской документации.
2. Оценка общего состояния пациента.
3. Методы клинического обследования.
4. Интерпретация результатов лабораторной и инструментальной диагностики.
5. Алгоритм постановки предварительного и развернутого клинического диагноза.
6. Принципы лечения.
7. Принципы применения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике заболеваний и патологических состояний.
8. Лечебные мероприятия по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни ситуациях,
9. Качество устного доклада (логика построения доклада по больному, грамотность речи, владение коммуникативными навыками).
10. Глубина и точность ответов на уточняющие вопросы при докладе по больному.

При удовлетворительном результате сдачи практических навыков и умений ординатор допускается к проведению устной части (собеседование) государственной итоговой аттестации.

**Собеседование** проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.02 Анестезиология и реаниматология.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

### **1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.02. Анестезиология и реаниматология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача – анестезиолога-реаниматолога в соответствии с формируемыми компетенциями:

### 1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильный ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

### 2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

**«Отлично»** – ординатор устанавливает психологический контакт с пациентом, методически правильно собирает анамнез и проводит объективное обследование пациента. Ординатор обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений. Оценка клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований проведена полностью с полной интерпретацией и правильной оценкой. Ведущие синдромы определены полностью, диагноз сформулирован 7 полностью. Последовательно излагает тактику ведения и лечения пациента. Неотложная помощь оказана полностью.

**«Хорошо»** - ординатор устанавливает психологический контакт с пациентом, неполно проводит сбор анамнеза и данных объективного обследования. Ординатор обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет. Оценка клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований проведена частично, но с достаточно полной интерпретацией. Ведущие синдромы определены частично, диагноз сформулирован частично с использованием классификации. Последовательно излагает тактику ведения и лечения пациента, допускает незначительные неточности. Неотложная помощь оказана частично.

**«Удовлетворительно»** - ординатор устанавливает психологический контакт с пациентом, неполно проводит сбор анамнеза и данных объективного обследования. Ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их членами ГЭК. Оценка клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований проведена частично, с недостаточно четкой трактовкой. Ведущие синдромы определены частично, диагноз сформулирован без применения классификации. Допускает ошибки в тактике ведения и лечения пациента. Неотложная помощь оказана хаотично, неполно.

**«Неудовлетворительно»** - ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может

самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки. Оценка клинических, биохимических, инструментальных, рентгенологических, функциональных исследований не проведена. Ведущие синдромы не определены, диагноз не сформулирован. Допускает грубые ошибки в тактике ведения пациента. Неотложная помощь не оказана.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

### 3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам Анестезиологии и реаниматологии.

*При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:*

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

*При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:*

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Устанавливаются следующие критерии оценки результатов собеседования:

- **«отлично»** - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы;

- **«хорошо»** - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы;

- **«удовлетворительно»** - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- **«неудовлетворительно»** - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности «Анестезиология и реаниматология».

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить звание (квалификацию) специалиста «врач анестезиолог-реаниматолог» или «Отказать в присвоении звания (квалификации)».

специалиста “врач анестезиолог-реаниматолог ”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

## **2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

### **2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию:**

1. Дисциплина «Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия» в системе медицинских знаний и ее роль в современной клинической медицине.
2. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 12 ноября 2009 года №767 «О совершенствовании анестезиологической и реаниматологической помощи населению Кыргызской Республики» (приказом утверждено «Положение о единой службе анестезиологии и реаниматологии Кыргызской Республики»).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология».
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология».
5. Регламентация и общие принципы деятельности службы анестезиологии и реаниматологии.
6. Организация, оснащение, штатное расписание, документация отделения анестезиологии и реанимации (ОАР).
7. Показания и противопоказания к госпитализации больных в ОАР.
8. Морально-правовые и этические аспекты деятельности врача ОАР.
9. Межличностные коммуникации врача ОАР (больной, коллеги, родственники больного).
10. Операция как стресс, стадии течения. Подготовка больного к операции и наркозу.
11. Современные подходы к оценке боли в анестезиологии и интенсивной терапии у взрослых и детей.
12. Современные подходы к лечению хронического болевого синдрома.
13. Опиоидные анальгетики в анестезиологии и интенсивной терапии. Стратегия применения. Новые фармакологические агенты.
14. Антагонисты опиоидных рецепторов и современная стратегия их применения.
15. Анальгезия, контролируемая пациентом. Понятие. Область применения.
16. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Стратегия интра и послеоперационного применения.
17. Группы оперативных вмешательств (низкого, среднего, высокого риска)

18. Оценка функции сердечно-сосудистой системы перед некардиохирургическими оперативными вмешательствами.
19. Понятие метаболических эквивалентов нагрузки (МЕТ)
20. Неинвазивные стресс-тесты для оценки функции кровообращения перед оперативными вмешательствами
21. Оценка почечной функции перед оперативными вмешательствами. Тактика ведения анестезии у пациентов с ХБП, находящихся на почечно-заместительной терапии.
22. Оценка печеночной функции перед оперативными вмешательствами. Тактика ведения анестезии у пациентов с циррозами печени и печеночной недостаточностью.
23. Оценка гемостаза перед оперативным вмешательством.
24. Стратегия предоперационной профилактики тромбоэмболических осложнений.
25. Ведение пред-, интра- и послеоперационного периода у пациентов, регулярно принимающих антикоагулянтную терапию.
26. Предоперационная антибиотикопрофилактика. Цели.
27. Газовый мониторинг во время анестезии.
28. Мониторинг седации во время анестезии (BIS – мониторинг, GE – энтропия)
29. Мониторинг миорелаксации во время анестезии.
30. Особенности инвазивного мониторинга гемодинамики (иАД, PiCCO, Swan-Ganz).
31. Токсичность местных анестетиков в анестезиологии. Клиника и интенсивная терапия
32. Современные внутривенные анестетики в анестезиологии (мидазолам, пропофол, кетамин, тиопентал, дексамедетомедин).
33. Ингаляционные анестетики в анестезиологии (закись азота, фторотан, десфлуран, севофлуран).
34. Миорелаксанты в анестезиологии. Особенности различных групп препаратов.
35. Реверс миорелаксации. Понятие. Фармакологические агенты.
36. Прогнозирование «сложной интубации» трахеи.
37. Современные надгортанные устройства в анестезиологии и интенсивной терапии.
38. Ларингеальная маска в анестезиологии.
39. Частые и редкие осложнения интубации трахеи.
40. Назотрахеальная интубация.
41. Ретроградная интубация трахеи.
42. Сценарий: «не могу заинтубировать, не могу вентилировать» - тактика анестезиолога
43. Трудная интубация у беременной.

44. Особенности интубации трахеи у детей.
45. Выведение из анестезии (пробуждение). Экстубация. Осложнения этапа пробуждения. Мониторинг во время данного этапа.
46. Тотальная внутривенная анестезия. Понятие. Техника проведения.
47. Ингаляционная масочная анестезия. Понятие. Техника проведения.
48. Интраоперационные кровотечения. Тактика анестезиолога
49. Инфузионная терапия во время операции. Кристаллоидные и коллоидные кровезаменители – что выбрать?
50. Системы быстрой инфузии растворов в анестезиологии – особенности применения.
51. Технологии кровесбережения в хирургии.
52. Ранний послеоперационный период. Цели и задачи палаты «пробуждения».
53. Понятия ускоренной хирургической реабилитации после операций «высокого риска» (концепция fast – track / ERAS)
54. Спинальная анестезия. Методика проведения. Показания, противопоказания, осложнения.
55. Эпидуральная анестезия. Методика проведения. Показания, противопоказания, осложнения.
56. Высокая регионарная блокада
57. Сакральная (каудальная) анестезия.
58. Проводниковая анестезия. Техника блокады сплетений с помощью УЗИ – навигации.
59. Особенности анестезиологического обеспечения физиологических родов.
60. Особенности анестезиологического обеспечения операции кесарева сечения.
61. Особенности анестезиологического обеспечения акушерских кровотечений.
62. Особенности анестезиологического обеспечения в кардиохирургии.
63. Особенности анестезиологического обеспечения в сосудистой хирургии
64. Особенности анестезиологического обеспечения в торакальной хирургии.
65. Особенности анестезиологического обеспечения в нейрохирургии.
66. Особенности анестезиологического обеспечения в амбулаторной хирургии.
67. Особенности анестезиологического обеспечения в травматологии и ортопедии.
68. Особенности анестезиологического обеспечения в урологии (ТУР - синдром).
69. Особенности анестезиологического обеспечения в абдоминальной хирургии при эндоскопических вмешательствах (кабоперитонеум).
70. Особенности анестезиологического обеспечения при МРТ и КТ исследованиях.

71. Особенности анестезиологического обеспечения у детей. Понятие дозис-фактора.
72. Сосудистый доступ в анестезиологии и интенсивной терапии. УЗИ-навигация в постановке центральных вен.
73. Катетер-ассоциированные инфекции. Профилактика. Лечение.
74. Ятрогении в анестезиологии.
75. Внутрикостный доступ в интенсивной терапии.
76. Начальный (базовый) уровень реанимации взрослых – рекомендации Европейского совета по реанимации 2015.
77. Квалифицированный уровень реанимации взрослых – рекомендации Европейского совета по реанимации 2015.
78. Реанимация детей и новорожденных — рекомендации Европейского совета по реанимации 2015.
79. Медикаментозная терапия при проведении реанимации взрослых и детей – рекомендации Европейского совета по реанимации 2015.
80. Электроимпульсная терапия (электрическая кардиоверсия и электрокардиостимуляция).
81. Постреанимационная терапия (церебральная реанимация).
82. Смерть мозга. Диагностика. Тактика.
83. Кондиционирование потенциального донора перед трансплантацией
84. Коматозные состояния. Шкала диагностика Glasgow. Обследование пациента в коме.
85. Судорожный синдром в интенсивной терапии.
86. Ишемический инсульт. Диагностика. Различия в тактике интенсивной терапии.
87. Геморрагический инсульт. Диагностика. Различия в тактике интенсивной терапии.
88. Коматозные состояния при сахарном диабете (гипо гликемическая и гипергликемическая кетоацидотическая комы). Диагностика, интенсивная терапия.
89. Отек-набухание головного мозга. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия.
90. Черепно-мозговая травма. Клиника и интенсивная терапия.
91. Конико- и трахеостомия при критических состояниях. Показания. Методика проведения. Осложнения.
92. Кислотно-основной гомеостаз человека и его нарушения.
93. Водно-электролитный баланс человека. Виды электролитных и гидратационных нарушений.
94. Проблема гипотермии в интенсивной терапии.
95. Клинические и лабораторные признаки дыхательной недостаточности. Причины.

96. Интенсивная терапия дыхательной недостаточности (восстановление проходимости дыхательных путей, оксигенотерапия ОДН, ИВЛ)
97. Респираторный уход в интенсивной терапии
98. Современные режимы ИВЛ
99. Неинвазивная ИВЛ.
100. Тромбоэмболия легочной артерии. Клиника, диагностика, интенсивная терапия
101. Отек легких. Клиника, диагностика, интенсивная терапия.
102. Острый респираторный дистресс-синдром взрослых.
103. ЭКМО в интенсивной терапии.
104. Острые коронарные синдромы. Современная тактика интенсивной терапии.
105. Интенсивная терапия внебольничных пневмоний.
106. Интенсивная терапия вентилятор-ассоциированных пневмоний.
107. Диагностика и интенсивная терапия кардиогенного шока. Показания к назначению баллонной контрпульсации.
108. Диагностика и интенсивная терапия геморрагического шока.
109. Диагностика и интенсивная терапия ожогового шока.
110. Диагностика и интенсивная терапия анафилактического шока.
111. Сепсис. Клиника, диагностика и интенсивная терапия
112. Диагностика и интенсивная терапия септического шока.
113. Антибактериальная терапия тяжелых инфекций. Принцип деэскалационной терапии.
114. Деконтаминация кишечника. Понятие. Способы.
115. Кандидозные инфекции в интенсивной терапии.
116. Острое почечное повреждение. Этиология, диагностика. Ранние маркеры.
117. Классификация RIFLE и AKI.
118. Консервативная терапия острого почечного повреждения.
119. Гемодиализ. Принцип метода. Применение при остром почечном повреждении (ОПП) и хронической болезни почек (ХПН)
120. Продленная вено-венозная гемофильтрация (CVVHF) в интенсивной терапии.
121. Продленная вено-венозная гемодиализация (CVVHDF) в интенсивной терапии.
122. Высокообъемная гемофильтрация (HVHDF) в интенсивной терапии.
123. Медленная постоянная ультрафильтрация (SCUF) в интенсивной терапии.
124. Перитонеальный диализ. Принцип метода.

125. Гемосорбция в интенсивной терапии. Селективные гемосорбенты.
126. Плазмаферез в интенсивной терапии.
127. Острая печеночная недостаточность. Этиология, диагностика, лечение.
128. Печеночно-заместительная терапия в интенсивной терапии.
129. Патогенез, диагностика и лечение ДВС-синдрома.
130. Интенсивная терапия острой кровопотери.
131. Коагулопатии, связанные с лекарственными препаратами.
132. Современные подходы к инфузионно-трансфузионной терапии. Особенности у детей.
133. Современные подходы к трансфузии компонентов крови.
134. Энтеральное питание в интенсивной терапии.
135. Парентеральное питание в интенсивной терапии.
136. Острые отравления. Токсикокинетика и токсикодинамика яда. Клинические стадии отравления. Клинические синдромы. Диагностика.
137. Острые отравления. Общие принципы лечения.
138. Острое отравление алкоголем. Диагностика, интенсивная терапия
139. Острое отравление суррогатами алкоголя (этиленгликоль, метанол). Диагностика, интенсивная терапия.
140. Острое отравление уксусной кислотой и щелочами. Диагностика, лечение.
141. Острое отравление оксидом углерода (угарным газом). Диагностика, лечение.
142. Острое отравление метгемоглобинообразователями. Диагностика, лечение.
143. Острое отравление психотропными препаратами. Диагностика, интенсивная терапия.
144. Острое отравление грибами. Диагностика, лечение. Отравление бледной поганкой.
145. Микст – отравления. Феномен летального синтеза.
146. Предтранспортиная подготовка и транспортировка взрослых и детей в критических состояниях.
147. Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 04 мая 2005 года № 167 «О дальнейшем развитии трансплантации органов и (или) тканей человека в республике» (приказом утверждена инструкция «Констатация смерти человека в результате полного и необратимого прекращения функции головного мозга»).
148. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 декабря 2014 № 908н «Порядок установления диагноза смерти мозга человека».

## **2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию:**

### **Задача 1.**

Больной 60 лет оперирован по поводу острой кишечной непроходимости 5-дневной давности. Во время операции и в послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия кристаллоидными растворами. Всего перелито 7 л кристаллоидных растворов. В 1 сутки послеоперационного периода, в отделении реанимации у больного развилась артериальная гипотензия, дыхательная недостаточность с снижением PaCO<sub>2</sub> и PaO<sub>2</sub>.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный механизм артериальной гипотензии.
2. Наиболее вероятные изменения электролитного состава плазмы.
3. Механизм дыхательной недостаточности.
4. Предполагаемые изменения распределения жидкости в водных секторах.
5. Какие диагностические мероприятия необходимо провести для уточнения диагноза синдромальных нарушений?

### **Задача 2.**

Пациент 44 лет, госпитализирован на приемный покой стационара с жалобами на нарастающие расстройства глотания в течение последних суток, изменилась речь. В анамнезе есть указания на эпизоды повышения артериального давления, но постоянной гипотензивной терапии не получал. Расстройства глотания в виде периодического поперхивания жидкой пищей отмечаются у пациента уже в течение последних двух лет. Другую соматическую патологию пациент отрицает. При осмотре – в сознании, доступен контакту. Речь грубо изменена – дизартрия, дисфония. Афатических расстройств нет. Дисфагия грубо выражена – поперхивается при попытке сглатывания собственной слюны. Парезов в конечностях нет, нарушения чувствительности не выявлены. Менингеальные знаки отрицательные. Нарушений микроциркуляции нет. ЧД 14 в мин. При аускультации – справа дыхание ослаблено, выслушивается большое количество проводных хрипов с двух сторон, периферическая сатурация 93-94%. АД 140/80 мм рт.ст., тахикардия до 125-130 уд/мин, ритм синусовый. Диспептического синдрома нет.

На РКТ головного мозга – кости черепа не изменены, патологических структурных изменений в веществе головного мозга нет, выявлена расширенная правая позвоночная артерия (долиховертебралис), переходящая в расширенную основную артерию, с признаками компрессии стволовых структур головного мозга.

Вопросы:

1. Назовите наиболее возможную причину развития очагового неврологического дефицита в этом клиническом примере и заболевания, с которыми требуется провести дифференциальную диагностику?
2. Какие мероприятия дообследования помогут установить диагноз?
3. Опишите мероприятия интенсивной терапии.

### **Задача 3.**

Пациент 19 лет поступил с диагнозом ножевое ранение, проникающее в брюшную полость с повреждением брюшной аорты. Кровопотеря до 4000 мл.

Вопросы:

1. Как обеспечить сосудистый доступ?
2. Какой раствор применить для стартовой инфузионной терапии?
3. Какой качественный и количественный состав инфузионной терапии назначить во время операции?
4. Ваш алгоритм действий при проведении трансфузионной терапии.

### **Задача 4.**

Больной 60 лет оперирован по поводу острой кишечной непроходимости 5-дневной давности. Во время операции и в послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия кристаллоидными растворами. Всего перелито 7,0 л кристаллоидных растворов. В 1-е сутки послеоперационного периода, в отделении реанимации у больного развилась артериальная гипотензия, дыхательная недостаточность с снижением  $PaCO_2$  и  $PaO_2$ .

Вопросы:

1. Наиболее вероятный механизм артериальной гипотензии?
2. Наиболее вероятные изменения электролитного состава плазмы?
3. Механизм дыхательной недостаточности?
4. Предполагаемые изменения распределения жидкости в водных секторах?
5. Какие диагностические мероприятия необходимо провести для уточнения диагноза синдромальных нарушений?

### **Задача 5.**

Во время обхода врача, у больного в отделении реанимации, на кардиомониторе зафиксирована фибрилляция желудочков. Ваш дефибриллятор неисправен, необходимо принести его из другого отделения.

Вопросы:

1. Что, прежде всего, необходимо сделать?
2. Каков порядок Ваших действий?
3. Какие препараты Вы будете использовать?
4. Какие изменения на мониторе возможны после нанесения первого разряда дефибриллятора?
5. В течение какого времени должны проводиться реанимационные мероприятия в данной ситуации?

### **Задача 6.**

Больной 30 лет поступил в стационар с травматической ампутацией нижней конечности на уровне средней трети бедра. На поврежденной конечности выше травмы наложен жгут. В сознании. Кожные покровы бледные. Выражены нарушения микроциркуляции. АД 80/40, ЧСС 120 в минуту. ЧД 25 в минуту. Тошнота.

Вопросы:

1. На какое время накладывается жгут?
2. Что будет включать предоперационная подготовка?
3. Какие препараты для анестезии предпочтительнее?
4. Показана ли продленная ИВЛ в данном случае?
5. Целесообразность катетеризации центральной вены при поступлении?

### **Задача 7.**

Мужчина 27 лет, доставлен в приемное отделение больницы в бессознательном состоянии друзьями на личном автотранспорте. После перекалывания пациента на каталку сопровождающие удалились.

При осмотре: состояние тяжелое. Уровень сознания 8 баллов по шкале ком ГЛАЗГО (ШКГ). «Гочечные» зрачки, отсутствие реакций зрачков на свет. Кожный покров цианотичный. Видны следы инъекций различной давности по ходу вен на конечностях. Дыхание поверхностное, редкое, аускультативно везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 6 в минуту. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 110 в минуту, АД 70 и 50 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный диагноз
3. Составьте план мероприятий неотложной помощи (немедикаментозных) при данном состоянии
4. Назначьте медикаментозную терапию данного состояния с указанием дозы и пути введения препарата
5. Через 2 минуты после начатой интенсивной терапии появилось уменьшение степени угнетения сознания, расширения зрачков, кратковременное учащение дыхания. Но желательная степень антогонизации и улучшения дыхательных функций не достигается. Ваша тактика действий? Обоснуйте Ваш выбор.

### **Задача 8.**

Больной С. Поступил в отделение гнойной хирургии с клиникой влажной гангрены правой стопы с переходом на н/3 голени. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом II типа. При поступлении глюкоза крови 10,2 ммоль/л, L 15,7×10<sup>9</sup>. состояние больного тяжелое, признаки гнойной интоксикации, пульс на подколенной артерии справа отсутствует. После проведения инфузионной, дезинтоксикационной и корригирующей терапии, через день больной был в срочном порядке прооперирован под спинномозговой анестезией. Произведена ампутация правой нижней конечности на уровне с/3 бедра.

Вопросы:

1. Техника проведения спинномозговой анестезии, кто впервые предложил спинномозговую анестезию?
2. Какие лекарственные вещества используются для проведения спинномозговой анестезии (количество, концентрация)?
3. В каком положении должен находиться больной на операционном столе, и какие растворы (гипобаричный или гипербаричный) необходимо вводить в спинномозговой канал при ампутации нижней конечности?
4. Какой метод местной анестезии вы можете предложить в качестве альтернативы спинномозговой анестезии, и чем они различаются?
5. Каковы осложнения при спинномозговой анестезии?

#### **Задача 9.**

Женщина 68 лет потеряла сознание на улице и была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в отделение интенсивной терапии с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения. Произведена срочная интубация, начата искусственная вентиляция легких. После интубации аускультативно дыхание в левой половине грудной клетки не проводится. Выполнена обзорная рентгенография легких. На рентгенограмме видны ЭКГ-электроды, эндотрахеальная трубка, а также металлические застежки от бюстгалтера, тотальное затемнение левого легочного поля однородной структуры. Если проследить за контуром эндотрахеальной трубки, тень которой определяет и расположение трахеи, то можно заметить, что вверху она смещена влево, а внизу отклоняется вправо.

Вопросы:

1. Назовите возможные причины тотального однородного затемнения левого легкого.
2. Какие действия необходимо срочно предпринять?
3. Является ли патология в легких независимым конкурирующим заболеванием у данной пациентки?

#### **Задача 10.**

В соответствии с законодательством перед операцией переливания компонентов крови от больного должно быть получено добровольное информированное (осознанное) согласие на проведение этой операции. Если состояние больного не позволяет ему выразить информированное согласие, то решение о проведении операции переливания компонентов крови может принять, исходя из интересов больного, консилиум врачей.

Вопросы:

1. Как поступить, если больной не может выразить свою волю, а консилиум врачей собрать невозможно?

### **Задача 11.**

Мужчина 36 лет во время ремонта электрического прибора получил электротравму. Пострадавший без сознания, лежит на полу. Кожные покровы бледные, на правой ладони и левом предплечье следы ожога диаметром 2 и 5 см. соответственно. Волосяной покров над ожогом сохранен. Пульс на а. carotis не определяется. Экскурсий грудной клетки нет. Оба зрачка широкие, диаметром 5 мм, при поднятии верхнего века не сужаются. На ЭКГ регистрируются нерегулярные волны и отсутствуют нормальные зубцы.

Вопросы:

1. Оцените состояние пострадавшего. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи.

### **Задача 12.**

Пострадавший извлечен из воды. Сознание отсутствует, на болевые раздражители не реагирует. Лицо фиолетово-синее, кожные покровы и видимые слизистые цианотичные. Пульс на а. Carotis не определяется, на a.radialis – отсутствует. Редкие судорожные дыхательные движения. Зрачки широкие диаметром 6 мм, фото реакция отсутствует. На ЭКГ регистрируется изолиния.

Вопросы:

1. Оцените состояние пострадавшего. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши действия по оказанию неотложной помощи на месте происшествия.

### **Задача 13.**

Женщина 67 лет обнаружена родственниками дома без сознания. Лежит на полу на спине. Лицо и видимые слизистые цианотичные. На вопросы больная не отвечает, глаза не открывает, на уколы не реагирует. Пульс на а. Carotis пальпируется, на a.radialis – слабого наполнения, нитевидный 54 в 1 мин. Зрачки диаметром 3 мм, при поднятии верхнего века зрачок медленно сужается. Артериальное давление 60 и 40 мм рт.ст. Дыхание редкое, поверхностное, вдох затруднен, ЧДД 8 в 1 мин. При аускультации в нижних отделах дыхательные шумы резко ослаблены. На столе обнаружено несколько пустых упаковок от различных лекарственных препаратов.

Вопросы:

1. Оцените степень тяжести состояния больной. Ваш предварительный диагноз?
2. В чем должна заключаться неотложная помощь. Какие мероприятия должны быть проведены бригадой скорой помощи и в стационаре?

### **Задача 14.**

В автомобильной аварии водитель получил травму. На вопросы отвечает односложно, жалуется на боль в груди, чувство нехватки воздуха. Кожные покровы бледные с синюшным оттенком, на груди и шее при пальпации определяется крепитация. Дыхание поверхностное, ЧДД 36 в мин. При аускультации: слева дыхательные шумы проводятся во

все отделы, справа - резко ослаблены. АД 90 и 70 мм рт. ст., тахикардия с ЧСС 130 в мин. SaO<sub>2</sub> - 82%. Состояние больного быстро ухудшается.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? С какой патологией следует дифференцировать?
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем будет заключаться неотложная помощь. Какие мероприятия должны быть проведены в стационаре?

#### **Задача 15.**

В терапевтическом отделении больной 35 лет внезапно потерял сознание, возникли тоникоклонические судороги. Лицо синюшное, одутловатое, на губах белая пена. Дыхание шумное, периодически наблюдается задержка дыхательных движений. Пульс на a.carotis определяется, на a.radialis напряжённый, 120 уд. в 1 минуту. Через 3 минуты судороги прекратились, больной по команде открыл глаза, назвал свое имя, однако на вопросы отвечает односложно, быстро истощается. АД – 160 и 120 мм рт. ст., пульс 90 в 1 мин., ЧДД 22 в 1 мин.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? В чем причина потери сознания и судорог?
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем будет заключаться неотложная помощь?

#### **Задача 16.**

Больной 37 лет поступил в клинику по поводу левосторонней очаговой пневмонии. Назначена антибактериальная терапия антибиотиками пенициллинового ряда. Через 15 минут после повторного внутримышечного введения антибиотика больной пожаловался на головную боль, тошноту. Находится в палате терапевтического отделения. В сознании, на вопросы отвечает односложно. Кожные покровы гиперемированы, видимые слизистые цианотичны. Экспираторная одышка 38 дыхания в мин., свистящие хрипы, слышимые на расстоянии. АД – 70 и 30 мм рт.ст., пульс слабого наполнения 98 в минуту. Аускультативно в легких свистящие хрипы над всей поверхностью обеих легких.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем будет заключаться неотложная помощь, какой препарат должен быть введен в первую очередь?

#### **Задача 17.**

Больной переведен в палату интенсивной терапии из операционной, где ему проводилась операция по поводу травматического разрыва селезенки, осложнившейся массивной кровопотерей. Возраст 42 года, масса тела 75 кг. Во время операции инфузия составила

6500 мл, из которых 2100 мл – эритроцитарная масса. В сознании, жалуется на слабость, парестезии, онемение конечностей, мышечные подергивания, АД 90 и 60 мм рт.ст., пульс 48 в 1 мин, аритмичен; ЦВД = 8 см вод.ст. Диурез составил 60 мл за 2 часа. В анализе крови: Эр –  $3,5 \cdot 10^{12}/л$ , Hb – 100 г/л, Ht = 0,38; общий белок = 60 г/л, альбумины = 25 г/л, глобулины = 35 г/л. глюкоза крови – 5.4 ммоль/л; концентрация  $Na^+$  = 142 ммоль/л;  $K^+$  = 7,5 ммоль/л;  $Cl^-$  = 104 ммоль/л. Концентрация креатинина в плазме 0,6 ммоль/л. В анализе мочи: у.в.=1004, реакция слабо кислая, определяются гиалиновые и гемоглобиновые цилиндры, концентрация креатинина = 0,4 ммоль/л

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз, в чем причина брадикардии и аритмии?
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем заключается неотложная помощь и лечение данной патологии?

### Задача 18.

Больной находится в палате терапевтического отделения. Поступил с диагнозом: сахарный диабет, 1 тип, тяжелая форма. Лежит на кровати с закрытыми глазами. Правильного телосложения, повышенного питания, масса тела 95 кг. На вопросы не отвечает, глаза не открывает. При сильном давлении на ногтевое ложе появляется недовольная гримаса. Кожные покровы бледные, сухие, акроцианоз. Пульс ритмичный 110 в 1 мин., АД – 80 и 60 мм рт.ст.; ЦВД = 2 см. вод.ст. Дыхание шумное, типа Курсмауля, ЧДД 28 в 1 мин. В течение суток выделено 250 мл мочи. Анализ крови: Эр –  $3,7 \cdot 10^{12}/л$ ; Hb-150 г/л; Ht – 0,60; глюкоза крови – 17,5 ммоль/л; билирубин общий – 12,3 ммоль/л;  $Na^+$  – 155 ммоль/л;  $K^+$  – 6,5 ммоль/л;  $PaO_2$  - 85 мм рт. ст.;  $PaCO_2$  – 26 мм рт.ст.; рН артериальной крови – 7, 25; BE – (-16 ммоль/л). Анализ мочи: у.в.=1020, реакция – кислая, единичные гиалиновые цилиндры.

Вопросы:

1. Определите вид нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния.
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. Как корригировать имеющиеся нарушения гомеостаза.

### Задача 19.

Больной 36 лет поступил в стационар с диагнозом: язвенная болезнь желудка, осложненная стенозом привратника. Состояние средней степени тяжести. В сознании, жалобы на слабость, частую рвоту, жажду. Масса тела 55 кг, рост 173 см. Кожные покровы бледные, сухие. ЧДД – 14 в мин. АД – 90 и 70 мм рт.ст.; пульс слабого наполнения 96 в мин. ЦВД = 1 см вод.ст. Температура тела – 36,8 о С. В течение суток диурез составил 900 мл. По желудочному зонду в течение суток выделилось 1000 мл.; Анализ крови: Эр –  $4,8 \cdot 10^{12}/л$ ; Hb-155 г/л; Ht = 0,55; электролиты:  $Na^+$  = 135 ммоль/л;  $K^+$  = 3,15 ммоль/л;  $Cl^-$  = 85 ммоль/л; общий белок = 65 г/л, альбумины = 30 г/л, глобулины = 35 г/л. Глюкоза крови – 4.4 ммоль/л; мочевины – 8,4 ммоль/л; рН

артериальной крови – 7, 55; BE = +8,0 ммоль/л; PaO<sub>2</sub> = 86 мм рт. ст.; PaCO<sub>2</sub> = 50 мм рт.ст.; Анализ мочи: у.в. 1012, реакция мочи щелочная.

Вопросы:

1. Оцените газовый состав и кислотно-основное состояние крови.
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. Как корригировать имеющиеся нарушения гомеостаза.

#### **Задача 20.**

Мужчина 45 лет получил травму в автомобильной аварии. В сознании, на вопросы отвечает односложно с длительными паузами, жалуется на боль в ноге. Кожные покровы бледные, на правой голени рваная рана, из которой вытекает алая кровь. Пульс на а. Radialis нитевидный. ЧСС 120 в мин., АД 70 и 30 мм рт. ст. Дыхание поверхностное 28 в 1 мин, аускультативно проводится во все отделы, везикулярное, ослабленное.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Оцените тяжесть состояния больного.
2. Какие ведущие синдромы можно выделить?
3. В чем будет заключаться неотложная помощь?

### **2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию**

**1.** Какой вид юридической ответственности врача в настоящее время закреплён законодательно?

- А. дисциплинарная ответственность;
- Б. уголовная ответственность;
- В. моральная ответственность;
- Г. материальная ответственность;
- +Д. все перечисленные виды.

**2.** Врач несёт уголовную ответственность:

- А. в случае неоказания помощи;
- Б. за халатность;
- В. в случае подлога;
- Г. за взяточничество;
- +Д. в любом из перечисленных случаев.

**3.** При выполнении служебных обязанностей за неоказание помощи больному, приведшее к осложнению или смерти больного, врач осуждается на срок:

- А. до 2 лет;
- Б. до 2 лет с лишением права работы врачом;
- В. до 3 лет;
- +Г. до 3 лет с лишением врачебного права;
- Д. до 5 лет.

**4.** Оказание помощи без согласия граждан или их родственников проводят (ст.34 УК РФ):

- А. при психических расстройствах больного;
- Б. лицам, оказывающим социально опасные действия;
- В. при отравлении опиатами;
- Г. при угрожающем выкидыше;
- +Д. во всех перечисленных случаях.

**5.** Должности врачей анестезиологов-реаниматологов устанавливаются из расчета:

- А. на количество операционных столов;
- Б. на оперативную активность;
- +В. на количество хирургических коек;
- Г. исходя из потребности в анестезиологической помощи;
- Д. по усмотрению администрации.

**6.** Отделение (группа) анестезиологии-реанимации организуется в следующих лечебных учреждениях:

- А. областных (краевых, республиканских) больницах;
- Б. центральных районных больницах;
- В. детских больницах;
- Г. любых лечебно-профилактических учреждениях в зависимости от потребности;
- +Д. верны все ответы.

**7.** Показания к госпитализации в отделение реанимации определяет:

- А. главный врач больницы;

- Б. зам. главного врача по лечебной части;
- В. профильный дежурный специалист приемного отделения;
- +Г. зав. отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач;
- Д. зав. профильным отделением.

**8.** Наблюдение за состоянием больных в посленаркозном периоде осуществляется анестезиологом-реаниматологом:

- А. в течение 2-4 часов;
- Б. в течение 4-8 часов;
- В. в течение 8-24 часов;
- Г. в зависимости от вида анестезии;
- +Д. до стабилизации функции жизненно важных органов.

**9.** Минимальная полезная площадь на 1 койку в палатах реанимации, предусмотренная действующими строительными нормами и правилами (СНиП) составляет:

- А. 6 м<sup>2</sup>;
- Б. 10 м<sup>2</sup>;
- +В. 13 м<sup>2</sup>;
- Г. 20 м<sup>2</sup>;
- Д. 25 м<sup>2</sup>.

**10.** В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии и реанимации его персонал:

- А. определяет наиболее оптимальные методы общей и местной анестезии;
- Б. осуществляет общую и специальную подготовку к наркозу;
- В. проводит обезболивание при акушерских операциях и родах;
- Г. проводит обезболивание при диагностических и лечебных процедурах;
- +Д. все ответы правильны.

**11.** Врач анестезиолог-реаниматолог обязан назначить вид обезболивания с учетом:

- А. своих знаний и профессиональных навыков;

- Б. материально-технических возможностей лечебного учреждения;
- В. состояния больного и особенностей оперативного вмешательства или специального метода исследования;
- Г. требований больного;
- +Д. все ответы правильные.

**12.** Вопрос о переводе больных из отделения анестезиологии-реанимации в профильное отделение решают:

- +А. сотрудники отделения анестезиологии-реаниматологии;
- Б. сотрудники профильного отделения;
- В. зав. профильным отделением;
- Г. данный вопрос не оговорен юридическими документами.

**13.** Какое ЦВД характерно для гиповолемии?

- +А. менее 6 см вод. ст.
- Б. от 6 до 12 см вод. ст.
- В. от 12 до 18 см вод. ст.
- Г. отрицательное ЦВД.

**14.** Для оценки степени дегидратации больных острыми кишечными инфекциями наиболее

информативны следующие лабораторные показатели:

- А. гемоглобин и количество эритроцитов;
- +Б. гематокрит и концентрация электролитов крови;
- В. гемоглобин и гематокрит;
- Г. удельный вес мочи;
- Д. темп диуреза.

**15.** Наиболее частым показанием к трахеостомии является:

- А. ликвидация обструкции верхних дыхательных путей;

+Б. санация трахеобронхиального дерева при длительной ИВЛ;

В. уменьшение мёртвого пространства дыхательных путей.

**16.** При трахеостомии рассекаются следующие кольца трахеи:

А. 1 и 2;

+Б. 2 и 3;

В. 4 и 5.

**17.** Преимущества коникотомии:

А. безопасность;

Б. простота;

В. низкий потенциал осложнений;

+Д. Верно всё.

**18.** Лечебные мероприятия при травме гортани:

А. увлажнённый кислород;

Б. гормоны;

В. антибиотики;

+Г. эндотрахеальная интубация;

Д. трахеостомия.

**19.** Гипоксия приводит, в первую очередь, к нарушению со стороны:

А. сердца;

Б. лёгких;

В. печени;

Г. почек;

+Д. мозга.

**20.** Основное направление лечения острой левожелудочковой недостаточности:

А. увеличение сократимости миокарда;

+Б. снижение нагрузки на сердце;

- В. увеличение нагрузки на сердце;
- Г. метаболическая терапия миокарда.

**21.** Порядок оказания первичного реанимационного пособия (один врач):

- А. внутрисердечные инъекции; проведение искусственной вентиляции лёгких; непрямой массаж сердца; режим – 1 дыхательное движение + 5 компрессий на грудную клетку;
- +Б. обеспечение проходимости дыхательных путей; проведение искусственной вентиляции лёгких; непрямой массаж сердца; режим – 2 дыхательных движения + 30 компрессий на грудную клетку;
- В. непрямой массаж сердца; проведение искусственной вентиляции лёгких; внутрисердечные инъекции; режим – 1 дыхательное движение + 10 компрессий на грудную клетку;
- Г. искусственная вентиляция лёгких; внутрисердечное введение адреналина; непрямой массаж сердца; режим – 1 дыхательное движение + 15 компрессий на грудную клетку;
- Д. непрямой массаж сердца, внутрисердечно 0,1 мл адреналина на 10 мл физиологического раствора; ИВЛ «рот в рот».

**22.** В преагональном состоянии:

- +А. сознание спутанное;
- Б. сознание отсутствует;
- В. сомналенция;
- Г. сознание сохранено;
- Д. кома.

**23.** После острой остановки сердца максимальное расширение зрачков регистрируется:

- А. в первые секунды;
- Б. не позднее первых 25 с;
- +В. через 30-60 с;
- Г. через 80-120 с;
- Д. через 60-80 с.

**24.** Основными признаками клинической смерти являются:

- А. потеря сознания и судороги; нарушение дыхания типа Куссмауля, Чейн-Стокса; бледность кожных покровов, цианоз слизистых, узкие зрачки, отсутствие фотореакции;
- +Б. потеря сознания; отсутствие пульсации на магистральных сосудах; нарушение дыхания вплоть до остановки; расширение зрачков и отсутствие реакции на свет;
- В. потеря сознания; поверхностное дыхание; расширенные зрачки, отсутствие реакции на свет; бледность кожных покровов, цианоз слизистых;
- Г. отсутствие сознания; отсутствие пульса на периферических артериях; отсутствие реакции зрачков на свет; выраженное брадикардия.

**25.** Объективными признаками биологической смерти являются:

- А. отсутствие сознания;
- Б. отсутствие глазных и прочих рефлексов;
- В. понижение температуры тела;
- Г. прямая линия на ЭКГ;
- +Д. трупное окоченение.

**26.** Оптимальное время для начала оживления после полной остановки дыхания и кровообращения у потенциально здоровых людей составляет:

- А. 10 минут;
- +Б. 3-5 минут;
- В. 5-7 минут;
- Г. 7-10 минут;
- Д. 10-15 минут.

**27.** Самой частой причиной смерти при остром инфаркте миокарда является:

- +А. острая сердечная недостаточность;
- Б. разрывы сердца;
- В. аневризма сердца;
- Г. тромбоэмболии;
- Д. синдром Дресслера.

**28.** Обычная первая доза адреналина при остановке кровообращения у взрослых составляет:

- А. 0,5 мг;

- +Б. 1 мг;
- Б. 1,5 мг;
- В. 2 мг.

**29.** Величина энергии при первой попытке наружной дефибриляции у взрослых составляет:

- А. 1 Дж/кг;
- Б. 2 Дж/кг;
- +В. 200 Дж;
- Г. 4 Дж/кг.

**30.** Величина энергии при повторных попытках наружной дефибриляции у взрослых может составлять:

- А. не более 200 Дж;
- +Б. не более 360 Дж;
- В. не более 5 Дж/кг;
- Г. не более 6 Дж/кг.

**31.** Где следует располагать ладони для проведения закрытого массажа сердца?

- А. в области средней трети грудины;
- Б. в области мечевидного отростка;
- В. слева от грудины в области 4-го межреберья;
- +Г. в области нижней трети грудины на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка;
- Д. на границе верхней и средней трети грудины.

**32.** На какое время прекращаются ИВЛ и массаж сердца, если необходимо провести специальные методы сердечно-легочной реанимации (электродефибриляция и т. п.)?

- +А. 5–10 с;
- Б. 15–30 с;
- В. 40–60 с;
- Г. 60–90 с;

Д. 2–3 мин.

**33.** Глубина продавливания грудины при проведении закрытого массажа сердца взрослому человеку:

А. 1-2 см;

+Б. 4-6 см;

В. 7-8 см;

Г. 9-10 см.

**34.** Если сердечная деятельность не восстанавливается, реанимационные мероприятия можно прекратить через:

+А. 30-40 мин;

Б. 3-6 мин;

В. 2 часа;

Г. 15-20 мин.

**35.** Для купирования судорог могут использоваться все перечисленные препараты, исключая:

А. барбитураты;

Б. седуксен;

В. мышечные релаксанты;

Г. дроперидол;

+Д. дикаин.

**36.** Оптимальной методикой выведения из гипогликемической комы является введение:

+А. внутривенно струйно 40 % глюкозы;

Б. внутривенно капельно 40 % глюкозы;

В. внутривенно капельно 5 % глюкозы;

Г. внутривенно 40 % глюкозы + 6-8 ЕД инсулина;

Д. внутривенно струйно 5 % глюкозы.

**37.** При гипергликемической коме:

- А. происходит внезапная потеря сознания;
- +Б. наблюдается постепенное снижение сознания до полной потери;
- В. наблюдается двигательное возбуждение с последующей потерей сознания;
- Г. сознание сохранено;
- Д. всё перечисленное верно.

**38.** Запах изо рта при кетодиабетической коме напоминает:

- А. запах миндаля;
- +Б. запах ацетона;
- В. не бывает;
- Г. запах тухлых яиц;
- Д. запах перезрелой дыни.

**39.** При гипергликемической коме наблюдается:

- А. дыхание Чейн-Стокса;
- +Б. дыхание Куссмауля;
- В. обычное дыхание;
- Г. апноэ;
- Д. дыхание Биотта.

**39.** Характерными признаками гипогликемической комы являются:

- А. дегидратация;
- +Б. судороги;
- В. сниженные сухожильные рефлексы;
- Г. гипервентиляция;
- Д. полиурия.

**40.** Неотложное лечение комы при микседеме включает:

- А. гидрокортизон внутривенно;
- Б. искусственную вентиляцию;
- В. внутривенно три-йодтиронин (Т3);

+Г. все перечисленные мероприятия.

**41.** Следующие осложнения типично при дислокации ствола мозга:

А. гипотония;

+Б. апноэ;

В. замедленное пробуждение;

Г. брадикардия;

Д. нарушение сердечного ритма.

**42.** У больного с отравлением опиатами развилась депрессия дыхания. Первоочередным мероприятием является:

А. введение бемегида;

Б. промывание желудка;

В. введение лазикса;

+Г. обеспечение адекватной вентиляции лёгких;

Д. ингаляция кислорода.

**43.** При отравлении едкими щелочами или кислотами наиболее целесообразным методом удаления яда из желудка является:

А. назначение рвотных средств;

+Б. аспирация содержимого желудка с помощью назогастрального зонда;

В. назначение рвотных средств, а затем проведение гастрального лаважа;

Г. всё перечисленное.

**44.** Противопоказаниями для промывания желудка с помощью назогастрального зонда являются:

А. бессознательное состояние;

Б. судорожный синдром;

В. декомпенсированная недостаточность кровообращения;

+Г. противопоказаний не существует;

Д. химический ожог пищевода позднее 2-х часов.

**45.** Специфическим антидотом в «токсической» фазе острого отравления фосфорорганическими веществами является:

- А. прозерин;
- Б. бемеGRID;
- +В. атропин;
- Г. налорфин;
- Д. пилокарпин.

**46.** Наиболее важную роль в успехе терапевтических мероприятий при острых отравлениях играет:

- А. место оказания помощи;
- Б. методы оказания помощи;
- +В. время оказания помощи;
- Г. всё перечисленное;
- Д. ничего из перечисленного.

**47.** Клиническими признаками отравления хлорофосом являются:

- А. возбуждение, сухость кожи, гиперкинезы хоресидного типа, широкие зрачки;
- +Б. возбуждение, потливость, миофибрилляция, бронхорея, суженные зрачки;
- В. судороги эпилептиформного типа, широкие зрачки;
- Г. рвота, боль в животе, гемоглобинурия;
- Д. коматозное состояние.

**48.** При отравлении крепкими кислотами для промывания желудка используется:

- +А. вода;
- Б. слабый раствор бикарбоната натрия;
- В. слабый раствор лимонной кислоты;
- Г. растительное масло;
- Д. всё перечисленное.

**49.** Для отравления клофелином характерно:

А. брадикардия, гипотония, рвота, возбуждение;

+Б. брадикардия, гипотония, сонливость;

В. тахикардия, нормотония (или гипотония), рвота;

Г. тахикардия, рвота, возбуждение;

Д. всё перечисленное.

**50.** При контактном поражении перманганатом калия (марганцовкой) антидотом является:

А. унитиол;

Б. перекись водорода;

+В. аскорбиновая кислота;

Г. натрия тиосульфат;

Д. гипертонический раствор.

**51.** К методам детоксикации не относятся:

А. форсированный диурез;

Б. гемодиализ и плазмаферез;

В. гемо- и плазмосорбция;

+Г. УФО и лазерное облучение крови;

Д. использование ионообменных смол.

**52.** Диагноз алкогольной интоксикации может быть поставлен на основании комплекса симптомов:

+А. потери сознания, переходящей анизокории, миофибрилляции, гиперсаливации, гипертонуса сгибательной мускулатуры, тахикардии, непроизвольного мочеиспускания и дефекации;

Б. потери сознания, анизокории, брадикардии, односторонней арефлексии и атонии сгибательной мускулатуры;

В. потери сознания, миоза, миофибрилляции, брадикардии, гиперсаливации, бронхореи, гипертонуса сгибательной мускулатуры;

Г. потери сознания, гиперемии лица, сухости слизистых и кожных покровов, мидриаза, тахикардии.

**53.** Гемодиализ не показан при отравлении:

- +А. амитриптилином, аминазином;
- Б. фенобарбиталом;
- В. этиленгликолем;
- Г. ртутью, соединениями тяжелых металлов;
- Д. метиловым спиртом.

**54.** Какой антидот следует ввести при отравлении «неизвестным ядом»?

- А. унитиол;
- Б. атропин;
- В. хромосмон;
- +Г. не вводить.

**55.** Унитиол применяется как антидот при отравлениях:

- А. инсулином;
- Б. амитриптилином;
- В. ФОС;
- Г. этиленгликолем, метиловым спиртом;
- +Д. тяжелыми металлами.

**56.** Интенсивная терапия на ранних этапах лечения гиповолемического шока направлена:

- +А. на восстановление ОЦК;
- Б. на улучшение сократительной способности миокарда;
- В. на улучшение реологических свойств крови;
- Г. на дегидратацию;
- Д. на всё перечисленное.

**57.** Изотонической является концентрация растворов глюкозы:

- А. 0,85 %;
- Б. 3 %;
- В. 4,2 %;

+Г. 5 %;

Д. 10 %.

**58.** К декстранам относятся все перечисленные препараты, кроме:

А. полиглюкина;

Б. реополиглюкина;

В. макродекса;

+Г. гемодеза;

Д. реомакродекса.

**59.** В чем заключается лечение гиповолемии?

А. использование вазопрессоров;

Б. использование положительных инотропных препаратов;

+В. использование плазмозаменителей;

Г. использование реологических препаратов.

**60.** Осмолярность плазмы в норме составляет:

А. 205 мосмоль;

Б. 230 мосмоль;

+В. 290 мосмоль;

Г. 320 мосмоль;

Д. 340 мосмоль.

**61.** Клиническими симптомами гипертонической дегидратации являются:

А. жажда, сухость кожи и слизистых оболочек, нервно-психические нарушения;

Б. полиурия;

В. повышение осмолярности плазмы;

Г. верны все ответы;

+Д. верно а) и в).

**62.** К изотонической дегидратации приводит:

- А. потери жидкости из желудочно-кишечного тракта;
- Б. полиурия;
- В. обильное потение;
- +Г. верно а) и б);
- Д. верны все ответы.

**63.** Основные направления в лечении анафилактического шока:

- А. восстановление объёма циркулирующей крови;
- Б. уменьшение ёмкости сосудистого русла;
- В. инотропная поддержка миокарда;
- Г. поддержание витальных функций;
- +Д. верно всё.

**64.** Шоковый индекс Альговера – это:

- +А. отношение ЧСС к систолическому АД;
- Б. отношение ЧСС к диастолическому АД;
- В. отношение АД к ЧСС;
- Г. соотношение МОК и ОПС;
- Д. соотношение ОПС и МОК.

**65.** Шоковый индекс Альговера при нормоволемии у взрослых равен:

- А. 0,1;
- +Б. 0,5;
- В. 1,0;
- Г. 1,5;
- Д. 2,0.

**66.** Шоковый индекс при возникновении дефицита ОЦК 20-30 % от должного значения во время острой кровопотери составляет:

- А. 0,5;

- Б. 0,75;
- +В. 1,0;
- Г. 1,5;
- Д. 2,0.

**67.** Для шока III степени характерно артериальное давление:

- +А. ниже 60 мм рт. ст.;
- Б. 60-80 мм рт. ст.;
- В. 90-100 мм рт. ст.;
- Г. 100-120 мм рт. ст.;
- Д. 120-140 мм рт. ст.

**68.** Для шока II степени характерно артериальное давление:

- А. ниже 60 мм рт. ст.;
- +Б. 60-80 мм рт. ст.;
- В. 90-100 мм рт. ст.;
- Г. 100-120 мм рт. ст.;
- Д. 120-140 мм рт. ст.

**69.** Для шока I степени характерно систолическое артериальное давление:

- А. ниже 60 мм рт. ст.;
- Б. 60-80 мм рт. ст.;
- +В. 80-90 мм рт. ст.;
- Г. 100-120 мм рт. ст.;
- Д. 120-140 мм рт. ст.

**70.** Для ожогового шока характерно:

- А. гиперволемия;
- +Б. гиповолемия;
- В. нормоволемия;
- Г. гипоальбуминемия;

Д. гиперальбуминемия.

**71.** Молниеносная форма анафилактического шока характеризуется:

+А. агональным дыханием, резким падением артериального давления, развитием симптомов острого неэффективного сердца в течение 2-3 минут;

Б. удушьем, жаром, страхом, нитевидным пульсом;

В. крапивницей, отёком Квинке, кожным зудом;

Г. мгновенной остановкой сердца и дыхания на введение аллергена;

Д. головной болью, слабостью, одышкой, тахикардией.

**72.** Обязательным компонентом лечения любого шока являются:

А. введение вазопрессоров;

Б. аналгезия;

+В. инфузионная терапия;

Г. применение антигистаминных препаратов;

Д. транспортная иммобилизация.

**73.** Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является:

А. кортикостероиды;

Б. мезатон;

В. сердечные гликозиды;

+Г. допамин;

Д. всё перечисленное.

**74.** Характерным для тяжелого септического шока является:

А. удлинение активированного частичного тромбопластинового времени;

Б. снижение уровня сывороточного фибриногена;

В. наличие продуктов деградации фибрина;

Г. сниженное число тромбоцитов;

+Д. все перечисленное.

**75.** Факторами патогенеза инфекционно-токсического шока являются:

- А. белковый катаболизм;
- Б. нарушение утилизации энергетических субстратов;
- В. сладж-синдром;
- Г. нарушение капиллярной проницаемости и отек интерстиции;
- +Д. все перечисленные нарушения.

**76.** Наиболее выраженный положительный инотропный эффект при кардиогенном шоке наблюдается при введении:

- А. норадреналина;
- +Б. допамина;
- В. дигоксина;
- Г. изадрина;
- Д. эфедрина.

**77.** Гипотензия при анафилактическом шоке развивается вследствие

- +А. увеличения проницаемости сосудов и потери объема внутрисосудистой жидкости;
- Б. потери симпатического тонуса;
- В. высвобождения простагландина;
- Г. брадикардии;
- Д. всего перечисленного.

**78.** Наиболее характерными признаками закрытого напряжённого пневмоторакса являются:

- А. подкожная эмфизема и эмфизема средостения, отсутствие дыхания на стороне поражения, тахикардия;
- Б. наличие воздуха в полости плевры, тимпанит, отсутствие дыхания на стороне поражения, нет вздутия яремных вен, ОДН;
- +В. отсутствие при аускультации дыхания на стороне поражения, тахипноэ, тахикардия, корочный звук, вздутие яремных вен;
- Г. воздух в плевральной полости, тимпанит, притупление перкуторного тона на стороне поражения, тахипноэ, тахикардия;
- Д. цианоз, выраженная ОДН, взбухшие шейные вены, тахипноэ, гипотония.

**79.** Характерными признаками «клапанного» пневмоторакса являются:

А. боль, тахипноэ, быстро нарастающая подкожная эмфизема, ослабленное везикулярное дыхание;

+Б. боль, отсутствие дыхания на стороне поражения, ОДН, нарастание подкожной эмфиземы, вздувшиеся яремные вены;

В. усиление «голосового дрожания», затруднённое дыхание, притупление перкуторного тона;

Г. боль, одышка, тахипноэ, тахикардия, повышение артериального давления;

Д. боль, отсутствие дыхания на стороне поражения, отсутствие подкожной эмфиземы, нормальные яремные вены.

**80.** Трахеостомия – это:

А. рассечение колец трахеи;

+Б. формирование стойкого или временного соустья между полостью трахеи и внешней средой путём введения канюли или подшивания стенки трахеи к коже;

В. формирование соустья между полостью трахеи и внешней средой путём введения канюли с помощью троакара через перстнещитовидную мембрану;

Г. проведение ИВЛ мешком типа «Амбу» через соустья трахеи и кожи;

Д. рассечение дуги перстневидного хряща.

**81.** Полная обструкция дыхательных путей инородным телом возникает в результате:

+А. вклинения инородного тела в нижнем отделе глотки над входом в гортань;

Б. закупорки трахеи;

В. закупорки бронхов;

Г. закупорки подсвязочного пространства.

**82.** Через какое время ИВЛ эндотрахеальная интубация заменяется трахеостомией?

А. через 24 часа;

Б. через 3 суток;

В. через 7 суток;

+Г. решение принимается индивидуально.

**83.** На стороне пневмоторакса перкуторно отмечается:

- +А. высокий тимпанит;
- Б. резкое притупление;
- В. отсутствие изменений;
- Г. укорочение звука;
- Д. всё перечисленное.

**84.** Давление в плевральной полости на стороне клапанного пневмоторакса:

- А. близко к атмосферному;
- +Б. выше атмосферного на выдохе;
- В. ниже атмосферного на выдохе;
- Г. ниже атмосферного на вдохе;
- Д. допустимы все перечисленные варианты.

**85.** Выполнение коникотомии требуется в случае:

- А. остановки дыхания при электротравме;
- Б. остановки дыхания при утоплении;
- В. отёка лёгких;
- Г. остановки дыхания вследствие ЧМТ;
- +Д. обтурации верхних дыхательных путей.

**86.** Частота компрессий сердца у взрослого человека при проведении СЛР сердечно легочной реанимации должна составлять:

- А. 60 в 1 минуту;
- Б. 80 в 1 минуту;
- +В. 100 в 1 минуту;
- Г. 120 в 1 минуту.

**87.** При остановке сердца современные стандарты предполагают использование следующих препаратов?

- А. хлористый кальций;
- +Б. адреналин;

В. бикарбонат натрия;

Г. лидокаин.

**88.** Длительность действия адреналина при в/в введение составляет:

А. 1-2 мин;

+Б. 3-5 мин;

В. 10 мин;

Г. 15 мин.

**89.** При сохранении болевого синдрома у больных с острым инфарктом миокарда можно повторно вводить в вену фентанил:

А. через 10 минут;

+Б. через 30 минут;

В. через 1 час;

Г. через 2 часа;

Д. через 5 минут.

**90.** Препаратами выбора при отёке лёгких при гипотонии у больных острым инфарктом миокарда является:

А. норадреналин;

Б. сердечные гликозиды;

+В. допамин + нитроглицерин;

Г. кортикостероиды + лазикс;

Д. все перечисленные препараты.

**91.** Зону повреждения на ЭКГ отражают:

А. изменения зубца Т;

+Б. изменения сегмента ST;

В. изменения комплекса QRS;

Г. изменения зубца R;

Д. уширение зубца Q.

**92.** Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются:

- А. тромбоэмболическими осложнениями;
- +Б. фибрилляцией желудочков;
- В. перикардитом;
- Г. плевритом;
- Д. аневризмой.

**93.** При выполнении реанимационных мероприятий одним спасателем следует придерживаться соотношения:

- +А. 2 вдоха + 30 компрессий;
- Б. 3 вдоха + 18 компрессий;
- В. 5 вдохов + 20 компрессий;
- Г. 1 вдох + 5 компрессий;
- Д. 1 вдох + 4 компрессии.

**94.** В преагональном состоянии пульс можно определить:

- А. на периферических артериях;
- Б. на сонных и бедренных артериях;
- +В. на периферических, сонных и бедренных артериях;
- Г. только на бедренных артериях;
- Д. только на сонных артериях.

**95.** В агональном состоянии корнеальный рефлекс:

- +А. присутствует;
- Б. отсутствует;
- В. резко ослаблен;
- Г. повышен;
- Д. не изменён.

**96.** При неэффективной вентиляции лёгких «ото рта ко рту» следует:

+А. запрокинуть голову пострадавшего, вывести вперёд нижнюю челюсть и продолжить реанимационные мероприятия;

Б. опустить головной конец;

В. приподнять головной конец;

Г. вызвать другого реаниматолога;

Д. наложить трахеостому.

**97.** Наиболее эффективно снижение нагрузки на сердце достигается:

А. наложением жгутов

Б. кровопусканием

+В. вазодилаторами

**98.** При алкогольной интоксикации нарушение дыхания развивается:

А. по центральному типу;

+Б. по обтурационно-аспирационному типу;

В. по транспортному типу;

Г. по смешанному типу;

Д. верно А и В.

**99.** Для действия морфина не характерно:

А. урежение дыхания;

Б. брадикардия;

В. запоры;

+Г. учащение дыхания;

Д. миоз.

**100.** Атропин применяется в качестве антидотной терапии при отравлении:

А. тяжелыми металлами;

Б. этиленгликолем;

+В. ФОС;

Г. анилином.

**101.** Препараты, действие которых пролонгируется при холестазах, включают:

А. внутривенные барбитуровые анестетики

Б. сукцинилхолины

+В. векурониум

Г. атракуриум

**102.** Препараты, вызывающие спазм сфинктера Одди при холецистэктомии включают:

А. лидокаин

Б. дроперидол

В. кеторолак

Г. гликопирролат

+Д. фентанил

**103.** Препараты, повышающие барьерное давление в желудочно-пищеводном соустье:

А. дроперидол

Б. атропин

В. метоклопрамид (церукал)

+Г. фентанил

**104.** Проблемы, связанные с анестезией при абдоминальной операции у пациента маленького роста при патологическом ожирении, включают:

А. повышение торакопульмональной податливости

Б. неправильно завышенные показатели кровяного давления

+В. трудную интубацию

Г. увеличенный объем распределения миорелаксантов

Д. все ответы правильны

**105.** Гиповентиляционный синдром при ожирении характеризуется патологическими нарушениями, включающими снижение:

+А. податливости (compliance) легких-грудной клетки

- Б. концентрации бикарбоната плазмы
- В. резистентности воздушных путей
- Г. работы дыхания
- Д. объема закрытия

**106.** Системная токсичность местных анестетиков не увеличивается при:

- А. гипоксии
- +Б. добавлении вазоконстриктора
- В. ацидозе
- Г. гипопротеинемии
- Д. печеночной недостаточности

**107.** Касательно использования спинально опиоидов:

- +А. 2-6 мг является подходящей дозой для эпидурального морфина у взрослого весом 70 кг
- Б. 2-3 мг является подходящей дозой для интратекального морфина у взрослого весом 70 кг
- В. депрессия дыхания не может быть прекращена внутривенным введением налоксона
- Г. чем выше связывание с белками плазмы, тем больше способность проникать через гематоэнцефалический барьер

**108.** При блокаде плечевого сплетения подмышечным доступом анестезия обычно недостаточна:

- А. в области плечевого сустава
- Б. в области внутренней поверхности плеча
- В. в области наружной поверхности плеча
- Г. верно б) и в)
- +Д. верно а) и в)

**109.** При эпидуральной анестезии определенный объем 2% лидокаина вызовет более распространенный блок:

- А. при беременности близкой к сроку родов

- Б. во время механической вентиляции
- В. у пациентов с ожирением
- Г. при всех перечисленных условиях
- +Д. верно а) и в)

**110.** Распределение чувствительности в зоне иннервации запирающего нерва (n.obturator) включает:

- А. латеральную поверхность бедра
- Б. заднюю поверхность колена
- В. нижнюю поверхность стопы
- +Г. медиальную поверхность бедра и колена

### 3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

#### Основная литература

1. Анестезиология: национальное руководство/ред.: А. А. Бунятыян, В. М. Мизиков. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. —656 с.
2. Основы реаниматологии: учебник. Сумин С.А., Окунская Т.В. 2013. - 688 с.  
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970424247.html>
3. Интенсивная терапия: национальное руководство/под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. — Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2013. —800 с.  
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426630.html>
4. Анестезиология и реаниматология: учебное пособие для системы последипломного профессионального образования врачей-анестезиологов-реаниматологов: в 2 т. / С. А. Сумин, М. В. Руденко, И. М. Бородинов [и др.]. — Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. Т. 1 .— 2010 .— 927 с.
5. Анестезиология и реаниматология: учебное пособие для системы последипломного профессионального образования врачей-анестезиологов-реаниматологов: в 2 т. / С. А. Сумин, М. В. Руденко, И. М. Бородинов [и др.]. — Москва: Медицинское информационное агентство, 2010. Т. 2 .— 2010 .— 869 с.

#### Дополнительная литература

1. Анестезиология и реаниматология: учебное пособие/под ред. О. А. Долиной. —Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. —576 с.
2. Острая почечная недостаточность: руководство/В. М. Ермоленко, А. Ю. Николаев. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. —240 с.

3. Патфизиология: учебник: в 2-х томах. Том 2 / под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 640 с.: ил.  
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426586.html>

4. Клиническая фармакология: национальное руководство / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепехина, В. И. Петрова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 976 с.  
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

**Перечень ресурсов "Интернет"**

1.Электронная библиотека КРСУ	<a href="http://lib.krsu.edu.kg">http://lib.krsu.edu.kg</a>
2.Студенческая электронная библиотека	<a href="http://www.studentlibrary.ru">http://www.studentlibrary.ru</a>
3.Научная электронная библиотека	<a href="https://elibrary.ru">https://elibrary.ru</a>
4.Электронная библиотека	<a href="http://www.studmedlib.ru">http://www.studmedlib.ru</a>
5.Все о медицине	<a href="http://www.meduniver.com">http://www.meduniver.com</a>
6.Медицинская литература	<a href="http://www.booksmed.com">http://www.booksmed.com</a>