



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –**  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
**«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**УТВЕРЖДАЮ**

Зам. директора института по УВР  
\_\_\_\_\_ И.П. Кодониди

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

Рабочая программа дисциплины

## **АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ**

По специальности: *31.05.01 Лечебное дело*  
(уровень специалитета)

Квалификация выпускника: *врач-лечебник*

Кафедра: *кафедра хирургических дисциплин*

Курс – 4

Семестр – 7

Форма обучения – очная

Лекции – 20 часов

Практические занятия – 52 часа

Самостоятельная работа – 31,8 часов

Промежуточная аттестация: зачет – 7 семестр

Трудоемкость дисциплины: 3 ЗЕ (0,2 часа)

Пятигорск, 2023



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

Год начала подготовки (по учебному плану) 2018  
Учебный год 2023-2024  
Образовательный стандарт (ФГОС) № 95 от 09.02.2016

Разработчики программы:

И.о. заведующего кафедрой хирургических дисциплин, к.м.н., Емкужев К.Э.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры хирургических дисциплин  
протокол № 1 от «29» августа 2023 г.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией

\_\_\_\_\_ 2023г.  
протокол № от «   » \_\_\_\_\_

Рабочая программа согласована с библиотекой

Заведующая библиотекой \_\_\_\_\_ Глущенко Л.Ф.

Декан факультета

Рабочая программа утверждена на заседании Центральной методической комиссии  
Протокол № 1 от «31» августа 2023 г.

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета  
Протокол № 1 от «31» августа 2023 г.



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

## **1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

1.1. Целью дисциплины является обучить студента основам анестезии, диагностике критических состояний различной этиологии, применению современных методов реанимации и интенсивной терапии при оказании помощи таким больным.

### **1.2. Задачи:**

- обучить студента принципам анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств и методами обезболивающей терапии;
- обучить студента диагностике критических состояний различной этиологии;
- обучить адекватным методам контроля эффективности и безопасности назначенной терапии пациенту в критическом состоянии у больных хирургического, терапевтического и других профилей;
- воспитание навыков квалифицированного подхода к пациентам с нарушениями жизненно важных функций организма;
- сформировать умения и навыки, необходимые в деятельности врача, для оказания комплекса реанимационных мероприятий при внезапной остановке кровообращения и терминальных состояниях;
- обучить студента современным методам терапии различных критических состояний.

## **2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО**

Блок 1. Обязательная часть. Б1. Б. 45 Курс –6, семестр –В.

Дисциплина базируется на знаниях, умениях и опыте деятельности, приобретаемых в результате изучения следующих дисциплин и/или практик:

- Патология, клиническая патофизиология;
- Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика;
- Фармакология.

Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины необходимо как предшествующее:

Знания по дисциплине «Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия» служат теоретической и практической основой для подготовки к сдаче ГИА и Аккредитации специалиста: врач общей практики.



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

### 3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- организацию и оборудование анестезиолого-реанимационного отделения.</li> <li>- принципы анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств и методами обезболивающей терапии</li> <li>- показания к госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии.</li> <li>- методы контроля жизненно-важных функций организма и способы оценки тяжести состояния у больных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии.</li> <li>- методы проведения сердечно-лёгочной реанимации.</li> <li>- методы проведения электроимпульсной терапии и электрокардиостимуляции.</li> <li>- методы проведения кислородотерапии и искусственной вентиляции лёгких.</li> <li>- методы проведения инфузионной терапии, энтерального и парентерального питания, коррекции водно-электролитных нарушений и нарушений кислотно-щелочного равновесия.</li> <li>- экстракорпоральные методы детоксикации организма.</li> <li>- критерии постановки диагноза различных неотложных состояний и современные виды интенсивной терапии этих состояний.</li> <li>- методы подготовки больных к плановому и экстренному оперативному вмешательству</li> </ul>
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- определять показания для госпитализации пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии.</li> <li>- оценивать показатели жизненно важных функций организма при анестезии и реанимации.</li> <li>- диагностировать и лечить болевые синдромы.</li> <li>- определять состояние внезапной остановки кровообращения и необходимую последовательность лечебных мероприятий в зависимости от её вида.</li> <li>- определять степень поражения ЦНС.</li> <li>- оценивать объём кровопотери.</li> <li>- составлять инфузионную программу.</li> <li>- определять последовательность мероприятий при различных критических состояниях на догоспитальном и госпитальном этапах.</li> <li>- определять показания к кислородотерапии, инвазивной (ИВЛ) и неинвазивной (НВЛ) вентиляции лёгких, трахеостомии.</li> <li>- определять показания к инвазивному мониторингу гемодинамики с помощью катетера Swan-Ganz, оценивать его показатели.</li> <li>- определять показания к электроимпульсной терапии, электрокардиостимуляции.</li> <li>- оценивать предоперационный риск больного перед плановым и экстренным оперативным вмешательством.</li> <li>- использовать учебную, научную, нормативную и справочную литературу.</li> <li>- решать ситуационные задачи, тесты.</li> </ul>
<b>3.3</b>	<b>Иметь навык (опыт деятельности):</b>



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

- осмотра, консультирования и подготовки больного к анестезии;
- устранения боли при хирургических, акушерских, терапевтических и диагностических вмешательствах;
- мониторинга и восстановления гомеостаза в периоперационном периоде и при критических состояниях;
- обеспечения свободной проходимости дыхательных путей.
- проведения ИВЛ методом вдвухания «изо рта в рот», «изо рта в нос», с помощью S-образных трубок, мешком «Амбу».
- проведения непрямого (закрытого) массажа сердца.
- проведения простейших методов реанимации при остановке дыхания и прекращении кровообращения при наличии одного и двух реаниматологов.
- работы простейшим аппаратом для искусственной вентиляции легких.
- работы с инфузوماتом.
- интубации трахеи на манекене.
- проведения инфузионной терапии.
- проведения гемотрансфузии.
- проведения обезболивания при болезненных манипуляциях и травматических повреждениях, коликах, болевом синдроме, обезболивания при транспортировке.
- проведения оксигенотерапии

**3.1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы и индикаторами их достижения**

Результаты освоения ОП (компетенции)	Индикаторы достижения компетенции	Результаты обучения по дисциплине			Уровень усвоения		
		Знать	Уметь	Иметь навык (опыт деятельности)	Ознакомительный	Репродуктивный	Продуктивный
ОПК-6	ОПК-6.1.1. ОПК-6.1.2. ОПК-6.2.1. ОПК-6.2.3. ОПК-6.2.4. ОПК-6.3.1. ОПК-6.3.2. ОПК-6.3.3.	ОПК-6.1.1. Знает принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; ОПК-6.1.2. Знает клинические признаки основных неотложных	ОПК-6.2.1. Умеет распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения; ОПК-6.2.3. Умеет выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной	ОПК-6.3.1. Имеет практический опыт: диагностики состояний, представляющих угрозу жизни, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; ОПК-6.3.2. Имеет практический опыт: оказания медицинской помощи в экстренной форме; применения лекарственных препаратов и медицинских	+	+	



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

		состояний;	реанимации, дефибриляцию; ОПК-6.2.4. Умеет: применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях; пользоваться средствами индивидуальной защиты.	изделий при оказании медицинской помощи при неотложных состояниях; ОПК-6.3.3. Имеет практический опыт: использования средств индивидуальной защиты.			
ОПК-7	ОПК-7.1.3. ОПК-7.2.1. ОПК-7.2.2. ОПК-7.3.1. ОПК-7.3.2. ОПК-7.3.3.	ОПК-7.1.3. Знает особенности оказания медицинской помощи в неотложных ситуациях.	ОПК-7.2.1. Умеет определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению детей и взрослых с наиболее распространенным и заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; ОПК-7.2.2. Умеет контролировать эффективность и безопасность немедикаментозных и медикаментозных методов лечения, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных	наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; ОПК-7.3.2. Владеет навыком подбора и назначения лекарственных препаратов, немедикаментозного лечения с учетом стандартов медицинской помощи; ОПК-7.3.3. Владеет навыком оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения, профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций.	+	+	



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

			препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения;				
ПК-1	ПК-1.1.5. ПК-1.1.6. ПК-1.1.7. ПК-1.1.8. ПК-1.2.1. ПК-1.2.2. ПК-1.2.3. ПК-1.2.4. ПК-1.3.1. ПК-1.3.2. ПК-1.3.3. ПК-1.3.4. ПК-1.3.5. ПК-1.3.6.	ПК-1.1.5. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания; ПК-1.1.6. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; ПК-1.1.7. Знает принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции); ПК-1.1.8. Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания.	ПК-1.2.1. знает признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; ПК-1.2.2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме; ПК-1.2.3. Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; ПК-1.2.4. Умеет выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией).	ПК-1.3.1. Владеет навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах; ПК-1.3.2. Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; ПК-1.3.3. Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; ПК-1.3.4. Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)),	+	+	





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

				<p>требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; ПК-1.3.5. Владеет навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)); ПК-1.3.6. Владеет навыком применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.</p>			
ПК-3	<p>ПК-3.1.2. ПК-3.1.3. ПК-3.2.1. ПК-3.2.2. ПК-3.2.3. ПК-3.2.4. ПК-3.3.1. ПК-3.3.2. ПК-3.3.3. ПК-3.3.4.</p>	<p>ПК-3.1.2. Знает механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением; ПК-3.1.3. Знает современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p>	<p>ПК-3.2.1. Умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; ПК-3.2.2. Умеет назначать лекарственные</p>	<p>ПК-3.3.1. Владеет навыком разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; ПК-3.3.2. Владеет навыком назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного</p>	+	+	





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

			<p>препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-3.2.3. Умеет назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-3.2.4. Умеет оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.</p>	<p>питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-3.3.3. Владеет навыком назначения немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>ПК-3.3.4. Владеет навыком оценивания эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения;</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

##### 4.1. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы	Всего часов	
		В
<b>1. Контактная работа обучающихся с преподавателем:</b>	<b>76,2</b>	<b>76,2</b>
Аудиторные занятия всего, в том числе:		
Лекции	20	20
Лабораторные		
Практические занятия	52	52
Контактные часы на аттестацию (зачет)	0,2	0,2
Консультация	2	2
Контроль самостоятельной работы	2	2
<b>2. Самостоятельная работа</b>	<b>31,8</b>	<b>31,8</b>
Контроль		
<b>ИТОГО:</b>	<b>108</b>	<b>108</b>
Общая трудоемкость	<b>3 ЗЕ</b>	<b>3 ЗЕ</b>

##### 4.2. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ

Код занятия	Наименование разделов и тем/ вид занятия/	Часов	Компетенции	Литература
<b>1</b>	<b>Раздел 1 Клиническая анестезиология</b>		ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1, Л 2.1, Л 2.2
1.1	Оценка жизненно важных функций организма при анестезии и реанимации (лек.)	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1
1.2	Клиническая анестезиология. Теория и клиника наркоза. Подготовка к наркозу и операции. Методика анестезии (лек.)	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2, Л 1.1
1.3	Клиническая анестезиология. Управляемая гипотония. Искусственная гипотермия. Искусственное кровообращение. Вспомогательное кровообращение. (лек.)	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1
1.4	Мониторинг в отделениях интенсивной терапии. Аппаратура и инструментарий. (пр.)	4	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2, Л 1.1
1.5	Клиническая анестезиология. Ингаляционный наркоз, неингаляционный наркоз.	4	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

	Эндотрахеальный наркоз. Комбинированная анестезия. Местная анестезия. Спинно-мозговая анестезия. (пр.)			
1.6	Выбор и обеспечение анестезии при операциях. Предоперационная подготовка. Анестезия в экстренной хирургии. Осложнения анестезии. (пр.)	4	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2, Л 1.1
<b>2</b>	<b>Раздел 2. Клиническая реаниматология</b>		ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1, Л 2.1, Л 2.2
2.1	Клиническая реаниматология. Предмет и задачи реаниматологии. Патофизиология терминальных состояний, клинической смерти. Методы оживления организма. (лек.)	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1
2.2	Сердечно-лёгочная реанимация. Алгоритм неотложной помощи при асистолии, фибрилляции желудочков. Отработка практических навыков сердечно-лёгочной ре-анимации на фантоме. Знакомство с организацией работы и оборудованием ПИТ и АРО. Патогенез смерти и реанимация при электротравме, поражении молнией, утоплении, неотложная помощь. (пр.)	4	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2,
<b>3.</b>	<b>Раздел 3. Интенсивная терапия</b>		ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1,
3.1	Острая дыхательная недостаточность. Анатомия дыхательной системы. Внешнее и внутреннее дыхание. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Принципы проведения респираторной терапии. Оксигенотерапия. Искусственная вентиляция легких. (лек.)	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1, Л 2.1, Л 2.2
3.2	Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Острый коронарный синдром. Особенности интенсивной терапии и реанимации. (лек.)	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2,
3.3	Шок. Определение, виды шоков, патогенез. Общие принципы интенсивной терапии шоков. Особенности терапии	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

	гиповолемического и травматического шоков. (лек.)			
3.4	Виды нарушения сознания. Комы. Патогенез, клиника, диагностика. Принципы недифференцированной терапии ком. Острое нарушение мозгового кровообращения. Патогенез, клиника, принципы реанимации и интенсивной терапии. (лек.)	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2,
3.5	Отравления животными и растительными ядами. Патогенез, клиника, принципы интенсивной терапии. (лек.)	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1
3.6	Инфузионная терапия. Парентеральное и энтеральное питание. Гемостаз и острые коагулопатии. ДВС-синдром. Особенности интенсивной терапии ДВС-синдрома на фоне сепсиса (лек.)	2	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2,
3.7	Острая дыхательная недостаточность. Реанимация и интенсивная терапия при инородном теле верхних дыхательных путей, асфиксии, стенозе гортани, отеке квинке, при астматическом статусе, респираторном дистресс-синдроме, тромбоэмболии лёгочной артерии, пневмотораксе. Трахеостомия и коникотомия. Оксигенотерпия. ИВЛ. (пр.)	4	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2,
3.8	Реанимация и интенсивная терапия при острой сердечно-сосудистой недостаточности. Острый инфаркт миокарда. Сердечная астма. Отек легких. Аритмические осложнения течения ОИМ. Принципы лечения пароксизмальных тахикардий. Медикаментозная дефибриляция сердца. Показания к электроимпульсной терапии. Помощь при брадиаритмиях. Кардиостимуляция. (пр.)	4	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1
3.9	Интенсивная терапия и реанимация при шоке различной этиологии (кардиогенный шок,	4	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.,



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

	посттранфузионный, ожоговый, токсико-инфекционный, анафилактический шок). (пр.)			
3.10	Клиника и интенсивная терапия при остром отравлении этанолом, препаратами бытовой химии, передозировке наркотиков, седативных и снотворных средств. Понятие о нежелательных лекарственных реакциях. Антидоты. Экстракорпоральные методы детоксикации (гемодиализ, гемо- и лимфосорбция, плазмоферез (пр.)	4	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1
3.11	Особенности интенсивной терапии и реанимации диабетических ком, уремической, печеночной ком. Неотложная помощь при тепловом, солнечном ударе. Обмороке, коллапсе. (пр.)	5	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2,
3.12	Состав аптечки неотложной помощи. Медицинская сортировка. Особенности неотложной помощи пострадавшим в ДТП, при катастрофах, чрезвычайных и массовых происшествиях. Транспортная иммобилизация. (пр.)	5	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1
3.13	Интенсивная терапия в постоперационном периоде. (пр.)	5	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 2.1, Л 2.2,
3.14	Реанимация новорожденных. (пр.)	5	ОПК-6,7; ПК-1,3	Л 1.1



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

### 4.3. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

№ п/п	Наименование раздела дисциплины базовой части ФГОС	Содержание раздела
1.	Клиническая анестезиология.	Оценка жизненно важных функций при анестезии и реанимации. Теории наркоза. Управляемая гипотония. НЛА.
2.	Клиническая реаниматология	Предмет и задачи клинической реаниматологии. Терминальные состояния. Сердечно-лёгочная реанимация
3.	Интенсивная терапия.	Острые жизнеугрожающие состояния: дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность. Шок, комы, отравления. Инфузионная терапия.

### 4.4. ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

№	Темы занятий лекционного типа	Часы (академ.)
1	Оценка жизненно важных функций организма при анестезии и реанимации (лек.)	2
2	Клиническая анестезиология. Теория и клиника наркоза. Подготовка к наркозу и операции. Методика анестезии (лек.)	2
3	Клиническая анестезиология. Управляемая гипотония. Искусственная гипотермия. Искусственное кровообращение. Вспомогательное кровообращение. (лек.)	2
4	Клиническая реаниматология. Предмет и задачи реаниматологии. Патофизиология терминальных состояний, клинической смерти. Методы оживления организма. (лек.)	2
5	Острая дыхательная недостаточность. Анатомия дыхательной системы. Внешнее и внутреннее дыхание. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Принципы проведения респираторной терапии. Оксигенотерапия. Искусственная вентиляция легких. (лек.)	2
6	Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Острый коронарный синдром. Особенности интенсивной терапии и реанимации. (лек.)	2
7	Шок. Определение, виды шоков, патогенез. Общие принципы интенсивной терапии шоков. Особенности терапии гиповолемического и травматического шоков. (лек.).	2
8	Виды нарушения сознания. Комы. Патогенез, клиника, диагностика. Принципы недифференцированной терапии ком. Острое нарушение мозгового кровообращения. Патогенез, клиника, принципы реанимации и интенсивной терапии. (лек.)	2



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

9	Отравления животными и растительными ядами. Патогенез, клиника, принципы интенсивной терапии. (лек.)	2
10	Инфузионная терапия. Парентеральное и энтеральное питание. Гемостаз и острые коагулопатии. ДВС-синдром. Особенности интенсивной терапии ДВС-синдрома на фоне сепсиса (лек.)	2
	Итого	20

**4.5. ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ НА ЗАНЯТИЯХ СЕМИНАРСКОГО ТИПА**

№	Тематические блоки	Часы (академ.)
1	Мониторинг в отделениях интенсивной терапии. Аппаратура и инструментарий. (пр.)	4
2	Клиническая анестезиология. Ингаляционный наркоз, неингаляционный наркоз. Эндотрахеальный наркоз. Комбинированная анестезия. Местная анестезия. Спинно-мозговая анестезия. (пр.)	4
3	Выбор и обеспечение анестезии при операциях. Предоперационная подготовка. Анестезия в экстренной хирургии. Осложнения анестезии. (пр.)	4
4	Сердечно-лёгочная реанимация. Алгоритм неотложной помощи при асистолии, фибрилляции желудочков. Отработка практических навыков сердечно-лёгочной ре-анимации на фантоме. Знакомство с организацией работы и оборудованием пит и аро. Патогенез смерти и реанимация при электротравме, поражении молнией, утоплении, неотложная помощь. (пр.)	4
5	Острая дыхательная недостаточность. Реанимация и интенсивная терапия при инородном теле верхних дыхательных путей, асфиксии, стенозе гортани, отеке квинке, при астматическом статусе, респираторном дистресс-синдроме, тромбоэмболии лёгочной артерии, пневмотораксе. Трахеостомия и коникотомия. Оксигенотерпия. ИВЛ. (пр.)	4
6	Реанимация и интенсивная терапия при острой сердечно-сосудистой недостаточности. Острый инфаркт миокарда. Сердечная астма. Отек легких. Аритмические осложнения течения оим. Принципы лечения пароксизмальных тахиаритмии. Медикаментозная дефибриляция сердца. Показания к электроимпульсной терапии. Помощь при брадиаритмиях. Кардиостимуляция. (пр.)	4
7	Интенсивная терапия и реанимация при шоке различной этиологии (кардиогенный шок, посттранфузионный, ожоговый, токсико-инфекционный, анафилактический шок). (пр.)	4
8	Клиника и интенсивная терапия при остром отравлении этанолом, препаратами бытовой химии, передозировке наркотиков, седативных и снотворных средств. Понятие о нежелательных лекарственных реакциях. Антидоты. Экстракорпоральные методы детоксикации (гемодиализ, гемо- и лимфосорбция, плазмоферез (пр.)	4





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

9	Особенности интенсивной терапии и реанимации диабетических ком, уремической, печеночной ком. Неотложная помощь при тепловом, солнечном ударе. Обмороке, коллапсе. (пр.)	5
10	Состав аптечки неотложной помощи. Медицинская сортировка. Особенности неотложной помощи пострадавшим в ДТП, при катастрофах, чрезвычайных и массовых происшествиях. Транспортная иммобилизация. (пр.)	5
11	Интенсивная терапия в постоперационном периоде. (пр.)	5
12	Реанимация новорожденных. (пр.)	5
	<b>Итого</b>	<b>52</b>

#### 4.6. ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

№ п/п	Тема самостоятельной работы	Часы (академич.)
<b>1</b>	Раздел клиническая анестезиология	8
	Управляемая гипотония	
	Искусственная гипотермия	
	Искусственное кровообращение. Вспомогательное кровообращение.	
<b>2</b>	Раздел клиническая реаниматология	4
	Терминальные состояния	
	Патогенез смерти при электротравме, утоплении.	
<b>3</b>	Раздел интенсивная терапия	19,8
	Трахеостомия и коникотомия	
	Ожоговый шок	
	Медицинская сортировка. Особенности неотложной помощи пострадавшим в ДТП.	
	Экстракорпоральные методы детоксикации.	
	<b>ИТОГО</b>	<b>31,8</b>



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

### 5. СВОДНЫЙ ПЛАН РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование разделов дисциплины (модулей)	Аудиторные занятия					Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа студента	Контроль самостоятельной работы	консультация	зачет	Итого часов	Часы контактной работы обучающегося с преподавателем	Компетенции			Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения, формы организации образовательной деятельности*	Формы текущей и промежуточной аттестации*
	лекции	семинары	лабораторные занятия (лабораторные работы, практикумы)	практические занятия, клинические практические занятия	курсовая работа								УК	ОПК	ПК		
Раздел 1.	6			12		18	8				26	18		6,7	1,3	Л, ПР, Р	С, Пр
Раздел 2.	2			4		6	4				10	6		6,7	1,3	Л, ПР, Р	С, Пр
Раздел 3.	12			36		48	19,8				67,8	48		6,7	1,3	Л, ПР, Р	С, Пр
<b>Итого:</b>	<b>20</b>			<b>52</b>		<b>72</b>	<b>31,8</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>	<b>108</b>	<b>76,2</b>		6,7	1,3		Т, Пр, ЗС, С

Образовательные технологии, способы и методы обучения: традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), лекция – пресс-конференция (ЛПК), Занятие-конференция (ЗК), Тренинг (Т), дебаты (Д), мозговой штурм (МШ), мастер-класс (МК), круглый стол, активизация творческой деятельности (АТД), регламентированная дискуссия (РД), дискуссия типа форум (Ф), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), метод малых групп (МГ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), компьютерная симуляция (КС), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), использование компьютерных обучающих программ (КОП), интерактивных атласов (ИА), посещение врачебных конференция (ВК), участие в научно- практических конференциях (НПК), съездах, симпозиумах (СИМ) учебно-исследовательская работа студента (УИРС), проведение предметных олимпиад (О), подготовка письменных аналитических работ (АР), подготовка и защита рефератов (Р), проектная технология (ПТ), экскурсия (Э), подготовка и защита курсовых работ (Курс), дистанционные образовательные технологии (Дот), ПП – практическая подготовка. Формы текущей и промежуточной аттестации: Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, Р – написание и защита реферата, Кл-написание и защита кураторского листа, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада и др.



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1. Рекомендуемая литература				
5.1.1. Основная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л 1.1	А. А. Бунятыян, В. М. Мизиков.	Анестезиология [Текст]: нац. рук	М.: ГЭОТАР-Медиа,	
5.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л.2.1	Сумин С. А., Руденко М. В., Бородинов И. М.	Анестезиология и реаниматология [Текст]. Т. 2: учеб. пособие	М. - М.: МИА, 2010. - 869,	
Л.2.2	под ред. Б.Р. Гельфанда.	Анестезиология и интенсивная терапия [Электронный ресурс]: практическое руководство / - 2-е изд., испр. и доп. -	М.: Литтерра, 2012. - 640 с. Режим	
5.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
ЛЗ.1				
5.2. Современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы				
5.2.1. Современные профессиональные базы данных				



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

1. <https://e.volgmed.ru/> Портал дистанционного обучения ВолгГМУ
2. <https://www.books-up.ru/ru/catalog/bolshaya-medicinskaya-biblioteka/> – большая медицинская библиотека (база данных электронных изданий и коллекций медицинских вузов страны и ближнего зарубежья на платформе электронно-библиотечной системы ЭБС Букап) (профессиональная база данных)
3. <https://www.rosmedlib.ru/> – электронно-библиотечная система, база данных «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека» (предоставляет достоверную профессиональную информацию по широкому спектру врачебных специальностей в виде периодических изданий, книг, новостной информации и электронных обучающих модулей для непрерывного медицинского образования) (профессиональная база данных)
4. <http://www.studentlibrary.ru/> – электронно-библиотечная система «Консультант студента» (многопрофильный образовательный ресурс, предоставляющей доступ через сеть Интернет к учебной литературе и дополнительным материалам) (профессиональная база данных)
5. <https://speclit.profy-lib.ru> – электронно-библиотечная система Спецлит «Электронно-библиотечная система для ВУЗов и СУЗов» (содержит лекции, монографии, учебники, учебные пособия, методический материал; широкий спектр учебной и научной литературы систематизирован по различным областям знаний) (профессиональная база данных)
6. <http://dlib.eastview.com> – универсальная база электронных периодических изданий (профессиональная база данных)
7. <http://elibrary.ru> – электронная база электронных версий периодических изданий на платформе Elibrary.ru (профессиональная база данных)
8. <https://www.ebsco.com/products/ebooks/clinical-collection> – электронная база данных «Clinical Collection» (коллекция электронных книг ведущих медицинских издательств, издательств университетов и профессиональных сообществ) (профессиональная база данных)
9. <https://cyberleninka.ru/> - Научная электронная библиотека «КиберЛенинка»

**5.2.2. Информационные справочные системы**

10. <http://www.consultant.ru/> – справочно-правовая система «Консультант-Плюс» (профессиональная база данных)



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

## **7. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

### **7.1. Оценочные средства для проведения текущей аттестации по дисциплине**

Текущая аттестация включает следующие типы заданий: тестирование, решение ситуационных задач, оценка освоения практических навыков (умений), собеседование по контрольным вопросам, подготовка доклада.

**Проверяемый индикатор достижения компетенции:** ОПК-6.1.1. ОПК-6.1.2. ОПК-6.2.1. ОПК-6.2.3. ОПК-6.2.4. ОПК-6.3.1. ОПК-6.3.2. ОПК-6.3.3. ОПК-7.1.3. ОПК-7.2.1. ОПК-7.2.2. ОПК-7.3.1. ОПК-7.3.2. ОПК-7.3.3. ПК-1.1.5. ПК-1.1.6. ПК-1.1.7. ПК-1.1.8. ПК-1.2.1. ПК-1.2.2. ПК-1.2.3. ПК-1.2.4. ПК-1.3.1. ПК-1.3.2. ПК-1.3.3. ПК-1.3.4. ПК-1.3.5. ПК-1.3.6. ПК-3.1.2. ПК-3.1.3. ПК-3.2.1. ПК-3.2.2. ПК-3.2.3. ПК-3.2.4. ПК-3.3.1. ПК-3.3.2. ПК-3.3.3. ПК-3.3.4.

### **ПРИМЕРНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕСТИРОВАНИЯ ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ**

Выберите один правильный ответ.

#### **1. ОБЩУЮ АНЕСТЕЗИЮ НАЗЫВАЮТ СМЕШАННОЙ, ЕСЛИ**

- а) один анестетик вводят одновременно различными путями
- б) последовательно сменяют один анестетик другим
- в) одновременно вводят несколько анестетиков
- г) анестетики смешивают в емкостях до начала общей анестезии

#### **2. ПРИЧИНОЙ МЕДЛЕННОЙ ЭЛИМИНАЦИИ АНЕСТЕТИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) хорошая растворимость в крови
- б) хорошая растворимость в жирах
- в) высокая температура кипения
- г) угнетающее влияние анестетика на функцию выделительных органов

#### **3. ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ДЕЙСТВИИ**

- а) эфира
- б) барбитуратов
- в) фторотана
- г) закиси азота

#### **4. УКАЖИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА МАСОЧНОГО НАРКОЗА**

- а) простота присоединения аппарата к больному
- б) идеальные условия для ИВЛ
- в) предупреждает асфиксию вследствие западения языка
- г) предупреждает аспирацию рвотных масс

#### **5. АДСОРБЕР В НАРКОЗНОМ АППАРАТЕ НЕОБХОДИМ ДЛЯ**

- а) регенерации кислорода
- б) поглощения влаги
- в) поглощения  $\text{CO}_2$
- г) подогрева газонаркоотической смеси

#### **6. КАКОЙ ИСПОЛЬЗОВАН ДЫХАТЕЛЬНЫЙ КОНТУР, ЕСЛИ БОЛЬНОЙ ВДЫХАЕТ ИЗ БАЛЛОНОВ, А ВЫДЫХАЕТ В АТМОСФЕРУ**

- а) открытый
- б) полуоткрытый



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

в) полузакрытый

г) закрытый

7. ПРЕИМУЩЕСТВА ВНУТРИВЕННОЙ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ

а) не требуется сложная аппаратура

б) отсутствует стадия возбуждения

в) быстрое введение в наркоз

г) все верно

8. УВЕЛИЧЕНИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ  
БАРБИТУРАТОВ МОЖНО ДОСТИГНУТЬ ВВЕДЕНИЕМ

а) промедола

б) эфедрина

в) бемегрида

г) налорфина

9. ДРОПЕРИДОЛ – ЭТО

а) центральный адренолитик

б) м-холиномиметик

в) н-холиномиметик

г) м-холинолитик

10. НАТРИЯ ОКСИБУТИРАТ ЯВЛЯЕТСЯ

а) препаратом с сильным анальгезирующим и слабым анестетическим действием

б) препаратом со слабым анальгезирующим и умеренным анестетическим действием

в) адреноблокатором

г) М-холиномиметиком

11. БОЛЬНОЙ С ОЧЕНЬ ЛАБИЛЬНОЙ ПСИХИКОЙ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ НАХОДИТСЯ В  
СОСТОЯНИИ РЕЗКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ  
ЧУВСТВА СТРАХА. КАКОМУ ПРЕПАРАТУ ВЫ ОТДАДИТЕ ПРЕДПОЧТЕНИЕ В  
КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРЕМЕДИКАЦИИ?

а) промедолу

б) дроперидолу

в) морфину

г) сибазону

12. У БОЛЬНОГО В ПРОЦЕССЕ ОПЕРАЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМОЙ ПОД МАСОЧНЫМ  
НАРКОЗОМ, РЕЗКО РАСШИРИЛИСЬ ЗРАЧКИ ПРИ СОХРАНЕНИИ ИХ РЕАКЦИИ НА  
СВЕТ И ПОВЫШЕННОМ СЛЕЗОТЕЧЕНИИ. КАКОВА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ  
ПРИЧИНА РАСШИРЕНИЯ ЗРАЧКОВ?

а) передозировка наркотического вещества

б) слишком поверхностный наркоз

в) фибрилляция миокарда

г) рефлекторная остановка сердца

13. КАКОВА ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЗАКИСИ АЗОТА В СМЕСИ  
С КИСЛОРОДОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРКОЗА СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ?

а) 20 %

б) 40 %

в) 80 %

г) 95 %





Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

14. В ПРОЦЕССЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ КРАТКОВРЕМЕННОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНОГО ОТМЕЧАЛОСЬ ДВИГАТЕЛЬНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ, ЗАТЕМ НАБЛЮДАЛОСЬ УВЕЛИЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, ИМЕЛА МЕСТО ПОВЫШЕННАЯ МЫШЕЧНАЯ РИГИДНОСТЬ. ПОСЛЕ НАРКОЗА БОЛЬНОЙ БЫЛ БЕСПОКОЕН, ОТМЕЧАЛИСЬ БРЕД И ГАЛЛЮЦИНАЦИИ. ГЛУБИНА НАРКОЗА БЫЛА ДОСТАТОЧНОЙ. ДЕЙСТВИЮ КАКОГО ПРЕПАРАТА СВОЙСТВЕННА ОПИСАННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА?

- а) оксибутирата натрия
- б) тиопентала натрия
- в) пропофола
- г) кетамина

15. ДЛЯ КАКОГО ИЗ ВЕЩЕСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ НАРКОЗЕ, ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ?

- а) оксибутирата натрия
- б) тиопентала натрия
- в) пропофола
- г) кетамина

16. ДЛЯ ДЕЙСТВИЯ КАКОГО НАРКОТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЕПРЕССИЯ ДЫХАНИЯ?

- а) оксибутирата натрия
- б) тиопентала натрия
- в) пропофола
- г) кетамина

17. ПРИМЕНЕНИЕ КАКОГО СРЕДСТВА ДЛЯ НАРКОЗА ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?

- а) оксибутирата натрия
- б) тиопентала натрия
- в) пропофола
- г) кетамина

18. ЧЕТЫРЕМ БОЛЬНЫМ ВНУТРИВЕННО ВВЕДЕНА РАЗЛИЧНЫЕ НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА. ПРИ ВВЕДЕНИИ КАКОГО АНЕСТЕТИКА ИЗ ЧИСЛА ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ НАРКОЗ НАСТУПИТ РАНЬШЕ ВСЕГО?

- а) оксибутирата натрия
- б) тиопентала натрия
- в) пропофола
- г) кетамина

19. ПРЕДСТОИТ ВСКРЫТИЕ ПОВЕРХНОСТНО РАСПОЛОЖЕННОГО АБСЦЕССА. КАКОМУ ПРЕПАРАТУ ДЛЯ НАРКОЗА ВЫ ОТДАДИТЕ ПРЕДПОЧТЕНИЕ?

- а) оксибутирату натрия
- б) пропофолу
- в) тиопенталу натрия
- г) седуксену

20. КАКОВА МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ОБЩАЯ ДОЗА ТИОПЕНТАЛА НАТРИЯ В НАРКОЗЕ?

- а) 100 мг





Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- б) 200 мг
- в) 1000 мг
- г) 3000 мг

21. БОЛЬНОМУ НА ФОНЕ УЖЕ ИМЕЮЩЕЙСЯ ГИПОКСИИ ВВЕЛИ ТИОПЕНТАЛ НАТРИЯ, ЧТО ВЫЗВАЛО РЕЗКОЕ УГНЕТЕНИЕ ДЫХАНИЯ. ЧТО БЫ ВЫ ПРЕДПРИНЯЛИ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ?

- а) срочно ввел бемеGRID
- б) приступил к управляемому или вспомогательному дыханию
- в) ввел прозерин
- г) ввел цититон

22. ПРИМЕНЕНИЕ КАКОГО СОЧЕТАНИЯ ПРЕПАРАТОВ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК НЕЙРОЛЕПТАНАЛЬГЕЗИЯ (НЛА)?

- а) дроперидола и фентанила
- б) промедола и атропина
- в) пипольфена и промедола
- г) листенона и тубокурарина

23. ПРИ КАКОЙ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ЧИСЛА ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ МОЖНО НАЗВАТЬ АТАРАЛГЕЗИЕЙ?

- а) седуксен и фентанил
- б) дроперидол и фентанил
- в) атропин и промедол
- г) морфин и оксibuтират натрия

24. ПО РАСПОРЯЖЕНИЮ АНЕСТЕЗИОЛОГА СЕСТРА АНЕСТЕЗИСТКА ВВЕЛА БОЛЬНОМУ МИОРЕЛАКСАНТ. РАССЛАБЛЕНИЕ МЫШЦ В ОТВЕТ НА ВВЕДЕНИЕ ПРЕПА- 9 РАТА НАСТУПИЛО ПОСТЕПЕННО, БЕЗ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ФИБРИЛЛЯРНЫХ СОКРАЩЕНИЙ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ИЗ ЧИСЛА ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ВВЕЛА СЕСТРА?

- а) миорелаксин
- б) ардуан
- в) дитилин
- г) листенон

25. В ПРОЦЕССЕ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО В НАРКОЗ (ПЛАНИРОВАЛОСЬ ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ С УПРАВЛЯЕМЫМ ДЫХАНИЕМ) НА ОПРЕДЕЛЕННОМ ЭТАПЕ У НЕГО НАЧАЛИСЬ ФИБРИЛЛЯРНЫЕ ПОДЕРГИВАНИЯ ВНАЧАЛЕ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЛИЦА, ЗАТЕМ МЫШЦ ТУЛОВИЩА, ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. В ОТВЕТ НА ДЕЙСТВИЕ КАКОГО ПРЕПАРАТА РАЗВИЛИСЬ ДАННЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЫШЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ?

- а) тиопентала натрия
- б) дитилина
- в) ардуана
- г) кетамина

26. ВВЕДЕНИЕ ДЕПОЛЯРИЗУЮЩИХ РЕЛАКСАНТОВ, КАК ИЗВЕСТНО, СОПРОВОЖДАЕТСЯ МЫШЕЧНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩЕЙ В ПОСЛЕДУЮЩЕМ МЫШЕЧНЫЕ БОЛИ. ЧТО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ВВОДИТЬ БОЛЬНОМУ В ЦЕЛЯХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПОЯВЛЕНИЯ ТАКИХ БОЛЕЙ?

- а) атропин



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- б) прозерин  
в) ардуан в небольшой дозе  
г) бемеград в небольшой дозе
27. ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КАКОГО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕЛАКСАНТОВ СЛЕДУЕТ СНИЖАТЬ КАЖДУЮ ОЧЕРЕДНУЮ ДОЗУ НА 1/3 В СРАВНЕНИИ С ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ?
- а) дитилина  
б) листенона  
в) миорелаксина  
г) ардуана 10
28. АНТИДОТОМ КАКОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ РЕЛАКСАНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЗЕРИН?
- а) дитилина  
б) миорелаксина  
в) листенона  
г) ардуана
29. ВОЗНИКЛА НЕОБХОДИМОСТЬ В ПРОВЕДЕНИИ НАРКОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЫШЕЧНЫХ РЕЛАКСАНТОВ У БОЛЬНОГО С СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ – ГЛАУКОМОЙ. КАКОМУ РЕЛАКСАНТУ ИЗ ЧИСЛА НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫ ОТДАДИТЕ ПРЕДПОЧТЕНИЕ?
- а) листенону  
б) миорелаксину  
в) ардуану  
г) дитилину
30. В БЛИЖАЙШЕМ ПОСТНАРКОЗНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНОГО РАЗВИЛОСЬ ОСЛОЖНЕНИЕ, ИМЕНУЕМОЕ «СИНДРОМОМ: МЕНДЕЛЬСОНА». КАКОВА СУЩНОСТЬ ЭТОГО ОСЛОЖНЕНИЯ?
- а) рефлекторная остановка сердца  
б) острый экссудативный пневмонит  
в) бронхоспазм  
г) гипертензия вследствие гиперкапнии
31. В ПРОЦЕССЕ НАРКОЗА И УПРАВЛЯЕМОГО ДЫХАНИЯ ПО ПОЛУЗАКРЫТОМУ КОНТУРУ ИЗ-ЗА МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОГРЕШНОСТИ, ДОПУЩЕННОЙ ПРИ ЭКСПЛУАТАЦИИ НАРКОЗНОГО АППАРАТА, У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛИСЬ ПРОГРЕССИВНО НАРАСТАЮЩАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ТАХИКАРДИЯ, СМЕНИВШИЕСЯ БРАДИКАРДИЕЙ И КАТАСТРОФИЧЕСКИМ ПАДЕНИЕМ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ. ОБРАЩЕНО ВНИМАНИЕ НА ПОВЫШЕННУЮ ВЛАЖНОСТЬ КОЖИ. КАКАЯ ОШИБКА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО БЫЛА ДОПУЩЕНА АНЕСТЕЗИОЛОГОМ?
- а) не открыт кислородный дозиметр  
б) не включен абсорбер  
в) наступил перегиб гофрированного шланга  
г) произошла разгерметизация аппарата
32. БОЛЬНОЙ ВДЫХАЕТ ГАЗОНАРКОТИЧЕСКУЮ СМЕСЬ ИЗ АППАРАТА, А ВЫДЫХАЕТ ЧАСТИЧНО В АППАРАТ, ЧАСТИЧНО В АТМОСФЕРУ. КАКОЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ КОНТУР ДЫХАНИЯ?
- а) открытый



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- б) полуоткрытый
- в) закрытый
- г) полузакрытый

33. ВЗВЕСИВ БАЛЛОН С ЗАКИСЬЮ АЗОТА И ВЫЧТА ИЗ ПОЛУЧЕННОЙ ЦИФРЫ ВЕС ТАРЫ, ВРАЧ НАШЕЛ, ЧТО ОН РАСПОЛАГАЕТ ДВУМЯ КИЛОГРАММАМИ ЖИДКОЙ ЗАКИСИ АЗОТА. НА СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ХВАТИТ ДАННОГО КОЛИЧЕСТВА ЗАКИСИ АЗОТА ПРИ РАСХОДЕ РАВНОМ 4 Л/МИН?

- а) на 10 минут
- б) на 2 часа
- в) на 4–5 часов
- г) более чем на 10 часов

34. ВО СКОЛЬКО РАЗ ПРИМЕРНО СНИЗИТСЯ ДАВЛЕНИЕ В БАЛЛОНЕ СО СЖИЖЕННОЙ ЗАКИСЬЮ АЗОТА, ЕСЛИ ЕЕ КОЛИЧЕСТВО УМЕНЬШИТСЯ В ДВА РАЗА?

- а) ровно в 2 раза
- б) более чем в 2 раза
- в) менее чем в 2 раза
- г) не изменится вовсе

35. ВРАЧ-АНЕСТЕЗИОЛОГ ВВЕЛ 0,5 % РАСТВОР БУПИВАКАИНА В ПРОСТРАНСТВО МЕЖДУ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКОЙ СПИННОГО МОЗГА И ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ СПИННОМОЗГОВОГО КАНАЛА. КАКАЯ ВЫПОЛНЕНА АНЕСТЕЗИЯ?

- а) спинальная
- б) паравертебральная
- в) перидуральная
- г) стволовая

36. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КАКОЙ АНЕСТЕЗИИ СОЗДАЕТСЯ БОЛЬШЕ ПРЕДПОСЫЛОК ДЛЯ НАРУШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОГО И ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРОВ?

- а) паравертебральной
- б) спинальной
- в) перидуральной
- г) проводниковой

37. ПРИ ПОПЫТКЕ ВЫПОЛНИТЬ ОПРЕДЕЛЕННЫЙ ВИД АНЕСТЕЗИИ АНЕСТЕЗИОЛОГ ВВЕЛ ПРОБНУЮ ДОЗУ РАСТВОРА ЛИДОКАИНА В ОДИН ИЗ ПОЯСНИЧНЫХ СЕГМЕНТОВ. ЧЕРЕЗ 3 МИНУТЫ НАСТУПИЛО ДОСТАТОЧНО ГЛУБОКОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ОБШИРНОЙ ЗОНЫ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ТУЛОВИЩА. АКТИВНЫЕ ДВИЖЕНИЯ ПАЛЬЦАМИ НОГ СТАЛИ НЕВОЗМОЖНЫМ. КАКАЯ, ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО, БЫЛА ВЫПОЛНЕНА АНЕСТЕЗИЯ?

- а) перидуральная
- б) спинальная
- в) паравертебральная
- г) проводниковая

38. У БОЛЬНЫХ С ИСХОДНОЙ ГИПОВОЛЕМИЕЙ АНЕСТЕТИКОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ а) барбитураты б) пропофол в) кетамин г) оксибутират натрия



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

39. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДОЗЫ ФЕНТАНИЛА СОСТАВЛЯЕТ

- а) 20–30 минут
- б) 45–60 минут
- в) 1–2 часа
- г) 2–4 часа

40. НАРКОЗ НАИБОЛЕЕ УПРАВЛЯЕМ, ЕСЛИ АНЕСТЕТИК ВВОДИТСЯ

- а) внутривенным путем
- б) ректальным путем
- в) ингаляционным путем
- г) внутримышечным путем

41. КАКОЙ МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК ИМЕЕТ СРЕДНЮЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ

- а) бупивакаин
- б) ропивакаин
- в) новокаин
- г) лидокаин

42. НОВОКАИН ОТНОСИТСЯ К ПРОИЗВОДНЫМ

- а) эфиров
- б) аминов
- в) амидов
- г) эстеров

43. ЛИДОКАИН ОТНОСИТСЯ К ПРОИЗВОДНЫМ

- а) эфиров
- б) аминов
- в) амидов
- г) эстеров

44. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ВСКРЫТИИ ПАНАРИЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) масочный наркоз закисью азота
- б) в/в кетаминовый наркоз
- в) в/в наркоз пропофолом
- г) местная анестезия по Оберсту–Лукашевичу

45. ОТПУСТИТЬ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ МАНИПУЛЯЦИЙ ПОД НАРКОЗОМ МОЖНО

- а) сразу после пробуждения
- б) после полного выхода из наркозной депрессии
- в) через 30 минут после пробуждения
- г) через 1 час после пробуждения

46. ЛИПОМУ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, НАХОДЯЩУЮСЯ НА СПИНЕ, ЛУЧШЕ УДАЛЯТЬ ПОД

- а) местной инфильтрационной анестезией
- б) кетаминовым наркозом
- в) барбитуровым наркозом
- г) масочным наркозом закисью азота

47. ЧЕМ ОБУСЛОВЛЕН ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РИСК



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

- а) исходным состоянием больного
- б) длительностью и травматичностью операции
- в) видом анестезии
- г) все указанное верно

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1.	в	17.	б	33.	в
2.	а	18.	в	34.	г
3.	б	19.	б	35.	в
4.	а	20.	в	36.	б
5.	в	21.	б	37.	б
6.	б	22.	а	38.	в
7.	г	23.	а	39.	а
8.	в	24.	б	40.	в
9.	а	25.	б	41.	г
10.	б	26.	в	42.	а
11.	г	27.	г	43.	в
12.	б	28.	г	44.	г
13.	в	29.	в	45.	б
14.	г	30.	б	46.	а
15.	г	31.	б	47.	г
16.	б	32.	г		

### **ОБЩАЯ РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

Выберите один правильный ответ.

**1. В КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИТУАЦИЙ ПРОГНОЗ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМ**

- а) первичная остановка кровообращения
- б) первичная остановка дыхания
- в) первичное поражение центральной нервной системы
- г) вторичная остановка кровообращения

**2. РЕАНИМАЦИЯ С ПОЛНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ФУНКЦИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ**

- а) 3–4 мин при гипертермии
- б) 3–4 мин при нормотермии
- в) 5–6 мин при нормотермии
- г) 40–50 мин при понижении температуры тела до 31–32 °С

**3. ЗАПРОКИДЫВАНИЕ ГОЛОВЫ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПРОХОДИМОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЛЮДЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ**

- а) в 100 % случаев
- б) в 90 % случаев
- в) в 80 % случаев
- г) в 80 % случаев при одновременном выведении вперед нижней челюсти

**4. ДОСТОИНСТВАМИ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ МЕТОДОМ «РОТ В РОТ» ЯВЛЯЕТСЯ**

- а) возможность применения этого метода в любых условиях
- б) простота и возможность обучения данному методу не специалистов
- в) возможность поддержания нормального альвеолярного газового состава
- г) все ответы правильные

**5. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ АДЕКВАТНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ СЛЕДУЕТ**

- а) запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжать реанимационные мероприятия



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- б) приподнять головной конец
  - в) позвать другого реаниматора
  - г) выполнить трахеостомию
6. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ
- а) на верхней трети грудины
  - б) на границе верхней и средней трети грудины
  - в) на границе средней и нижней трети грудины
  - г) в пятом межреберном промежутке слева
7. НАРУЖНЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА
- а) обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию
  - б) проводится при наличии множественных переломов ребер на твердой поверхности
  - в) обеспечивает 30–40 % нормального сердечного выброса
  - г) сопровождается переломом одного или нескольких ребер, что свидетельствует об эффективности массажа
8. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО МАССАЖА СЕРДЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ а)
- а) сужение зрачков
  - б) появление отдельных спонтанных вдохов
  - в) наличие пульса на магистральных артериях
  - г) все ответы правильны
9. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОШОКОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ МОЖНО ОЦЕНИТЬ
- а) по восстановлению артериального давления
  - б) по увеличению почасового диуреза
  - в) по снижению температурного градиента между кожей и прямой кишкой
  - г) все ответы правильные
10. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЗНАКОВ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ
- а) отсутствие самостоятельного дыхания
  - б) отсутствие пульса на сонной артерии
  - в) расширение зрачков
  - г) все ответы правильны
11. ПЕРЕД НАЧАЛОМ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ БОЛЬНОМУ ПРИДАЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ
- а) горизонтальное
  - б) Тренделенбурга
  - в) на животе
  - г) с приподнятыми нижними конечностями
12. НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОГО ПЕРИОДА В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЛИЯЕТ
- а) продолжительность периода умирания
  - б) глубина и длительность перенесенной гипоксии
  - в) характер основного заболевания
  - г) возраст больного
13. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ОЦЕНКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) артериальное давление





Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- б) центральное венозное давление  
в) ударный и минутный объемы сердца  
г) частота пульса
14. КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В РАННЕМ ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
- а) снижения потребления мозгом кислорода  
б) уменьшения объема мозга  
в) улучшения микроциркуляции  
г) увеличения метаболизма мозга
15. УЛУЧШЕНИЮ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СПОСОБСТВУЕТ
- а) уменьшение вязкости крови  
б) применение симпатомиметиков  
в) введение коллоидных растворов  
г) введение кристаллоидных растворов
16. ВО ВРЕМЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ИНТУБАЦИЮ ТРАХЕИ ПРОВОДЯТ
- а) для предупреждения регургитации  
б) для проведения ИВЛ  
в) для проведения туалета трахеи и бронхов  
г) все ответы правильные
17. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЕМ
- а) венозного тонуса  
б) сократительной способности правого желудочка  
в) объема кровотока  
г) сердечного выброса
18. ПРИ КРУПНОВОЛНОВОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ПОКАЗАНО
- а) электрическая дефибрилляция  
б) введение солей калия  
в) введение солей кальция  
г) электрокардиостимуляция
19. ОТЕК МОЗГА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
- а) клинической смерти  
б) гипервентиляции  
в) метаболическом алкалозе  
г) метаболическом ацидозе
20. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ
- а) нейролептанальгезию  
б) седуксен  
в) хлористый кальций  
г) кетамин
21. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫЙ КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ
- а) дыхательный объем  
б) минутный объем дыхания





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

- в) частота дыхания  
г) газовый состав крови
- 22. ОСНОВНЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЮТСЯ**
- а) ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции  
б) ИВЛ в режиме умеренной гиповентиляции  
в) краниоцеребральная гипотермия  
г) введение глюкокортикоидов
- 23. ПРИ ИНФУЗИИ БОЛЬШИХ КОЛИЧЕСТВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ**
- а) гипергидратация  
б) кетоацидотическая кома  
в) некетацидотическая гиперосмолярная дегидратационная кома  
г) гипокалиемия
- 24. У БОЛЬНОГО КОНСТАТИРОВАНА ОСТАНОВКА КРОВООБРАЩЕНИЯ. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НАДО НАЧИНАТЬ**
- а) с проведения закрытого массажа сердца  
б) с проведения ИВЛ «рот в рот»  
в) с обеспечения проходимости дыхательных путей  
г) с дефибрилляции
- 25. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОЙ МЕРОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
- а) назначение глюкозы и инсулина  
б) назначение гидрокарбоната натрия  
в) медленное внутривенное введение 1г хлорида кальция  
г) госпитализация в отделение гемодиализа 20
- 26. ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТЬЮ ПРИНЯТО НАЗЫВАТЬ**
- а) смерть при остром инфаркте миокарда  
б) смерть без видимой причины в течение 1 часа после возникновения неблагоприятных симптомов  
в) смерть при документированной фибрилляции желудочков  
г) все ответы правильны
- 27. НА КАКУЮ ВЕЛИЧИНУ НЕОБХОДИМО ПОВЫШАТЬ НАПРЯЖЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ПРИ КАЖДОМ ПОВТОРНОМ РАЗРЯДЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ**
- а) 250 В  
б) 500 В  
в) 1000 В  
г) 2000 В
- 28. ИЗ КАКИХ СООБРАЖЕНИЙ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА БОЛЬНОМУ ВВОДЯТ НАТРИЯ ГИДРОКАРБОНАТ**
- а) предупреждает развитие метаболического ацидоза  
б) оказывает защитное действие на миокард  
в) повышает эффективность вводимых фармакологических препаратов  
г) корригирует метаболический ацидоз



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

29. СИНДРОМ НИЗКОГО СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- а) снижения ОЦК
- б) нарушения эндокринной и гуморальной регуляции тонуса сосудов
- в) нарушения микроциркуляции с изменением реологических свойств крови
- г) все ответы правильные

30. КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

- а) электролиты плазмы крови
- б) почасовой диурез
- в) содержание кортикостероидов в крови
- г) содержание азотистых оснований в плазме крови

31. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) нарушение регуляции сосудистого тонуса
- б) снижение сократительной способности миокарда
- в) нарушения микроциркуляции с изменением реологических свойств крови
- г) все ответы правильные

32. ЕСЛИ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЦА БОЛЬНОЙ ОСТАЕТСЯ БЕЗ СОЗНАНИЯ, ЭТО ГОВОРИТ

- а) об отеке мозга
- б) о декорткации
- в) о развитии социальной смерти
- г) все ответы правильные

33. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИПОТЕРМИИ СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО

- а) адекватный сердечный выброс сохраняется только при температуре тела выше 30 °С
- б) возникающая во время охлаждения дрожь увеличивает потребность в кислороде более чем на 200 %
- в) гипотермия усиливает действие сукцинилхолина
- г) все ответы правильные

34. КОГДА ПРОВОДИМАЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ БУДЕТ НЕЭФФЕКТИВНОЙ

- а) при неправильном размещении электродов
- б) при неадекватной вентиляции легких
- в) при не скорректированном ацидозе
- г) все ответы правильные

35. ТЯЖЕСТЬ РАЗВИТИЯ НЕОБРАТИМЫХ СОСТОЯНИЙ В ПОСТРЕАНИМАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- а) гипоксией миокарда
- б) гибелью клеток коры большого мозга
- в) некрозом клеток паренхиматозных органов
- г) увеличением активности лизосомальных ферментов

36. ПРИ ПРИЖИЗНЕННОЙ ГИБЕЛИ МОЗГА

- а) активность ферментов в крови и спинномозговой жидкости увеличивается
- б) активность ферментов в крови и спинномозговой жидкости уменьшается
- в) содержание холинэстеразы увеличивается
- г) содержание холинэстеразы уменьшается



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

37. ЛЕЧЕБНАЯ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНАЯ И ОБЩАЯ ГИПОТЕРМИЯ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ТЕРМИНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ

- а) немедленно
- б) при возникновении отека мозга
- в) после коррекции метаболических нарушений
- г) после восстановления самостоятельного дыхания

38. ЭЛЕМЕНТАРНОЕ ПОДДЕРЖАНИЕ ЖИЗНИ ВКЛЮЧАЕТ

- а) восстановление проходимости дыхательных путей
- б) искусственную вентиляцию легких
- в) массаж сердца
- г) все указанное верно

39. К ТЕРМИНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЯМ ОТНОСИТСЯ

- а) шок
- б) кома
- в) клиническая смерть
- г) остановка дыхания

40. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) клиническая смерть
- б) биологическая смерть
- в) агония
- г) социальная смерть

41. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ПОДДЕРЖАНИЕ ЖИЗНИ ВКЛЮЧАЕТ

- а) медикаментозную терапию
- б) ЭКГ-диагностику
- в) дефибрилляцию
- г) все указанное верно

42. КРИТЕРИЕМ АДЕКВАТНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ИВЛ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) изменение цвета кожных покровов
- б) наличие экскурсии грудной клетки
- в) появление самостоятельных дыхательных движений
- г) восстановление сознания

43. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) любой вид остановки кровообращения
- б) асистолия
- в) крупноволновая фибрилляция
- г) электромеханическая диссоциация

44. МЕРОПРИЯТИЯ ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ ЦНС ВКЛЮЧАЮТ

- а) продленную ИВЛ
- б) введение антигипоксантов и антиоксидантов
- в) краниоцеребральную гипотермию
- г) все указанное верно

45. НАИБОЛЕЕ ДЕЙСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЫХАНИЯ ПРИ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) введение дыхательных аналептиков



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

- б) дыхание по Сильвестру
- в) интубация трахеи и ИВЛ
- г) дыхание «рот в рот»

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1.	б	16.	г	31.	г
2.	б	17.	б	32.	а
3.	г	18.	а	33.	г
4.	г	19.	а	34.	г
5.	а	20.	б	35.	б
6.	в	21.	г	36.	а
7.	в	22.	а	37.	а
8.	г	23.	в	38.	г
9.	г	24.	в	39.	в
10.	а	25.	в	40.	а
11.	г	26.	б	41.	г
12.	б	27.	б	42.	б
13.	в	28.	в	43.	в
14.	а	29.	г	44.	г
15.	а	30.	б	45.	в

### **КОМАТОЗНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

Выберите один правильный ответ.

1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОТНОСИТЕЛЬНО ФИЗИОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- а) АД непосредственно влияет на мозговой кровоток
- б) ЦПД непосредственно связано с АД
- в) церебральный кровоток непосредственно влияет на ЦПД
- г) на метаболизм головного мозга приходится 50 % общего потребления кислорода

2. УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- а) величиной сердечного выброса
- б) уровнем систолического АД
- в) уровнем внутричерепного давления
- г) уровнем ЦПД

3. УРОВЕНЬ СОХРАНЕНИЯ АУТОРЕГУЛЯЦИИ МОЗГОВОЙ КРОВОТОК НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ СРЕДНЕГО АД

- а) от 30 до 60 мм рт. ст.
- б) от 60 до 140 мм рт. ст.
- в) от 80 до 160 мм рт. ст.
- г) от 100 до 180 мм рт. ст.

4. УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО КРОВОТОКА В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- а) 0–6 мл /100 г
- б) 6–12 мл /100 г
- в) 12–20 мл /100 г
- г) 20–50 мл /100 г

5. МОЗГ ПОТРЕБЛЯЕТ

- а) 5 % сердечного выброса
- б) 10 %
- в) 15 %
- г) 20 %

6. ДЛЯ КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНО



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- а) снижение сухожильных рефлексов
  - б) двусторонний симптом Бабинского
  - в) угнетение зрачковых реакций
  - г) целенаправленные защитные реакции
7. ДЛЯ ОЦЕНКИ КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ
- а) шкала Глазго–Питсбурга
  - б) шкала Глазго
  - в) шкала Шахновича
  - г) шкала Апгар
8. ШКАЛА ГЛАЗГО
- а) предназначена для документации глубины комы
  - б) оценивает открывание глаз по пятибалльной шкале
  - в) диапазон оценки от 0 до 15 баллов
  - г) все ответы правильные
9. ШКАЛА КОМ ГЛАЗГО НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
- а) оценку открывания глаз
  - б) оценку вербальных реакций (речевых реакций)
  - в) оценку стволовых рефлексов
  - г) оценку двигательной активности (реакции)
10. У ПАЦИЕНТА ОТСУТСТВУЕТ РЕЧЬ, ОН НЕ ОТКРЫВАЕТ ГЛАЗА, В ОТВЕТ НА БОЛЕВЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВОЗНИКАЕТ ДЕЦЕРЕБРАЦИОННАЯ РИГИДНОСТЬ. КАКОВА ЕГО ОЦЕНКА СОГЛАСНО ШКАЛЕ КОМ ГЛАЗГО
- а) 0 баллов
  - б) 3 балла
  - в) 4 балла
  - г) 6 баллов
11. РЕШАЮЩАЯ РОЛЬ В ДИАГНОСТИКЕ СМЕРТИ МОЗГА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОТВОДИТСЯ
- а) электроэнцефалографии
  - б) компьютерной томографии
  - в) ангиографии
  - г) эхоэнцефалографии
12. ПРОБА С ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЕЙ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭЭГ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЗВАТЬ
- а) гипоксию и гипокапнию
  - б) гипероксию и гипокапнию
  - в) гипоксию и гиперкапнию
  - г) гипероксию и гиперкапнию
13. ДЛЯ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ СПРАВЕДЛИВЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ
- а) гипергликемии выше 20 ммоль/л
  - б) снижения тонуса глазных яблок
  - в) влажности кожных покровов
  - г) снижения рН крови
14. ВВЕДЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА ХЛОРИДА НАТРИЯ ПОКАЗАНО В КАЧЕСТВЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- а) при диабетическом кетоацидозе
- б) при гиперосмолярной коме
- в) при хлоргидропенической коме
- г) при гипогликемической коме

15. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ ДЫХАНИЕ КУССМАУЛЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а) стволового инсульта
- б) диабетического кетоацидоза
- в) печеночной комы
- г) отравления угарным газом

16. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО

- а) внезапность развития
- б) патологические рефлексy
- в) мидриаз
- г) сохранение тонуса глазных яблок

17. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ БИКАРБОНАТА НАТРИЯ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ В СОСТОЯНИИ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- а) снижение рН крови ниже 7,36
- б) начинающийся отек мозга
- в) снижение рН крови ниже 7,0
- г) сопутствующий лактоацидоз

18. БОЛЬНОМУ С КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМОЙ СЛЕДУЕТ ВВЕСТИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ЧАСА 0,9 % РАСТВОРА ХЛОРИДА НАТРИЯ В КОЛИЧЕСТВЕ

- а) 500 мл
- б) 1000 мл
- в) 2500 мл
- г) 4000 мл

19. ЛЕЧЕНИЕ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

- а) солей калия
- б) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
- в) коллоидных растворов
- г) солей кальция

20. ОСНОВНЫМ ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) потеря организмом жидкости
- б) сопутствующая патология
- в) оперативное вмешательство
- г) неадекватная инсулинотерапия

21. ПРИ ГИПЕРКЕТОНЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ ДЫХАНИЕ

- а) редкое, поверхностное
- б) частое, глубокое
- в) глубокое, редкое, шумное
- г) частое, поверхностное





Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

22. ОСНОВНЫМИ МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) гипергликемия и гиперосмолярность
- б) гиперосмолярность и лактоацидоз
- в) гипернатриемия и кетоацидоз
- г) кетоацидоз и гипергликемия

23. ДЛЯ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ ХАРАКТЕРНО

- а) пульсирующий экзофтальм
- б) дыхание Биота
- в) синдром Бруна
- г) наличие «светлого промежутка»

24. У ПАЦИЕНТА В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ рН СЫВОРОТКИ КРОВИ 7,2. ПОКАЗАНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ВЫШЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ, КРОМЕ

- а) гидрокарбоната натрия
- б) инфузионной терапии
- в) срочного определения уровня калия в сыворотке
- г) инсулинотерапии

25. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ЧМТ НАРАСТАЕТ КЛИНИКА ОТЕКА ГОЛОВНОГО МОЗГА, ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ КОМ ГЛАЗГО 5 БАЛЛОВ. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ПРОТИВОПОКАЗАНО ДАННОМУ БОЛЬНОМУ?

- а) интенсивное лечение системной гипертензии
- б) в/в манитол в дозе 1 г/кг
- в) подъем головного конца кровати на 30°
- г) интубация трахеи и гипервентиляция

26. В СВЯЗИ С МЕНЬШИМ ВЛИЯНИЕМ НА ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ БАЛАНС, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЕКА МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

- а) гидрокортизон
- б) преднизолон
- в) дексаметазон
- г) кортизон 48

27. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМИ КОРРЕКТОРАМИ ГИПЕРМЕТАБОЛИЗМА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) ингибиторы МАО
- б) трициклические антидепрессанты
- в) нейролептики
- г) барбитураты

28. ЧТОБЫ КУПИРОВАТЬ ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ, ПРИМЕНЯЮТ а) диазепам б) аминазин в) тиопентал натрия г) любой из перечисленных препаратов

29. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПАДЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

- а) адреналина
- б) норадреналина
- в) мезатона





Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

г) дофамина

30. ГИПЕРАКТИВАЦИЮ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ПОДАВЛЯЮТ

а) нейролептиками

б) антидепрессантами

в) барбитуратами

г) всеми перечисленными препаратами

31. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО СИНДРОМА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ

а) маннитол

б) глицерин

в) лазикс

г) альбумин

32. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ДЕГИДРАТИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ, БОЛЕЕ ВЫРАЖЕННОЕ В ПОВРЕЖДЕННЫХ УЧАСТКАХ МОЗГА, ОКАЗЫВАЕТ

а) маннитол

б) глицерин

в) лазикс

г) альбумин

33. НООТРОПНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ

а) спустя 3 дня после травмы

б) спустя неделю после травмы

в) в резидуальном периоде

г) в любые сроки

34. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ОТЕКА МОЗГА ПРИМЕНЯЮТ

а) маннитол

б) гиповентиляцию

в) гипертермию

г) общую гипотермию

35. ПРИЧИНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЯВЛЯЮТСЯ

а) церебральная гипоксия

б) реакция на боль

в) поражение диэнцефально-мезенцефальных структур

г) все перечисленное

36. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ПРИМЕНЯЮТ

а) осмотические диуретики

б) глюкокортикоидные препараты

в) барбитураты

г) все перечисленное

37. БЕЗУСЛОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ

а) кровотечение из уха

б) ликворея из уха



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

в) кровянистый ликвор

г) верно а) и б)

38. ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРАТКОВРЕМЕННАЯ УТРАТА СОЗНАНИЯ ИЛИ ОГЛУШЕННОСТЬ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, РВОТА, РИГИДНОСТЬ ЗАТЫЛОЧНЫХ МЫШЦ, БРАДИКАРДИЯ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38° ЛЕЙКОЦИТОЗ, ОКРАШЕННОСТЬ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ В КРАСНЫЙ ИЛИ ЖЕЛТОВАТЫЙ ЦВЕТ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) эмболии мозговых сосудов

б) тромбоза мозговых сосудов

в) кровоизлияния в головной мозг

г) субарахноидального кровоизлияния

39. ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ, УТРАТА СОЗНАНИЯ (КОМА), ГИПЕРЕМИЯ ЛИЦА, СТРИДОРНОЕ ДЫХАНИЕ, БРАДИКАРДИЯ, АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ГЕМИПЛЕГИЯ, ПАРАЛИЧ ВЗОРА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

а) эмболии мозговых сосудов

б) тромбоза мозговых сосудов

в) кровоизлияния в головной мозг

г) субарахноидального кровоизлияния

40. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ВЫЯВЛЯЕТ ЗОНУ ГИПОДЕНСИТНОСТИ В ОЧАГЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЧЕРЕЗ

а) 1 час от начала заболевания

б) 2 часа от начала заболевания

в) 4 часа от начала заболевания

г) 6 часов и более от начала заболевания

41. КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ГИПЕРДЕНСИТНЫЕ УЧАСТКИ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ЭКСТРАВАЗАТОВ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ В МОЗГ СПУСТЯ

а) 1 час от начала кровоизлияния

б) 3 часа от начала кровоизлияния

в) 6 часов от начала кровоизлияния

г) 12 часов от начала кровоизлияния

42. МЕТОДОМ НАИБОЛЕЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ЯВЛЯЕТСЯ

а) классическая электроэнцефалография

б) реоэнцефалография

в) компьютерная томография

г) магнитно-резонансная томография

43. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПАДЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ а)

а) адреналина б) норадреналина в) мезатона г) дофамина

44. ВАЗОАКТИВНЫЕ СРЕДСТВА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ

а) церебральной гемодинамики

б) водно-электролитного баланса

в) реологического состояния крови

г) метаболизма мозга



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

45. АНТИКОАГУЛЯНТЫ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ НЕ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ПРИ НАЛИЧИИ

- а) ревматизма
- б) артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.
- в) заболеваний печени
- г) язвенной болезни желудка

46. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ДЕГИДРАТИРУЮЩИХ СРЕДСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- а) выраженность общемозговой симптоматики
- б) гиповолемия
- в) гиперкоагулопатия
- г) все перечисленные

47. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ В МОЗГ ПРИМЕНЕНИЕ АНТИФИБРИНОЛИТИКОВ НЕ ПОКАЗАНО, ПОСКОЛЬКУ

- а) высок риск повышения артериального давления
- б) возможно значительное повышение внутричерепного давления
- в) кровоизлияние уже завершилось
- г) возможно усиление цефалгического синдрома

48. ДЛЯ ДЕГИДРАТИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ В МОЗГ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ 230/130 ММ РТ. СТ. И ОСМОЛЯРНОСТИ КРОВИ ВЫШЕ 300 МОСМ/Л СЛЕДУЕТ ВЫБРАТЬ

- а) мочевины
- б) стероиды
- в) маннитол
- г) лазикс

49. ВИТАМИН Е ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ

- а) коррекции лактацидоза
- б) коррекции гиперкоагуляции
- в) коррекции гиперагрегации
- г) торможения активации перекисного окисления липидов

50. ФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАКУПОРКЕ СОСУДОВ МОЗГА ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СЛУЧАЕ

- а) молодого возраста больного
- б) продолжительности закупорки менее 6 часов
- в) отсутствия анурии
- г) артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.

51. ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНО-СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) утрата сознания
- б) кровянистый ликвор
- в) смещение срединного эхо-сигнала
- г) контралатеральный гемипарез

52. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСПОРТИРОВКЕ В НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР БОЛЬНОГО С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В МОЗГ ЯВЛЯЕТСЯ



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- а) утрата сознания  
б) рвота  
в) психомоторное возбуждение  
г) отек легкого
53. ДЛЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СПОНТАННОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ АБСОЛЮТНО НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ
- а) ангиографии  
б) реоэнцефалографии  
в) ультразвуковой доплерографии г) компьютерной томографии
54. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА (КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ) ЯВЛЯЕТСЯ
- а) повышение вязкости крови  
б) повышение активности свертывающей системы  
в) ухудшение реологических свойств крови  
г) снижение системного перфузионного давления
55. РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ МЕНИНГИТА ИМЕЕТ
- а) острое начало заболевания с повышением температуры  
б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом  
в) изменения спинномозговой жидкости  
г) присоединение инфекционно-токсического шока
56. ПРИ КРОВОИЗЛИЯНИИ В СТОЛ МОЗГА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ
- а) поражение черепно-мозговых нервов  
б) менингеальный синдром  
в) зрачковые расстройства  
г) двусторонние пирамидные симптомы
57. ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) утрата сознания  
б) зрачковые расстройства  
в) нистагм  
г) менингеальный синдром
58. ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЗРАЧКОВ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
- а) анизокорией  
б) сужением  
в) расширением  
г) ничем из перечисленного
59. ПЕРВОЙ МЕРОЙ ПОМОЩИ НА МЕСТЕ ПРИСТУПА БОЛЬНОМУ С ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ СТАТУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ
- а) бережная иммобилизация головы  
б) иммобилизация конечностей  
в) введение воздуховода в ротоглотку  
г) дача ингаляционного наркоза с закисью азота



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**60. СРЕДСТВОМ ПЕРВОЙ ОЧЕРЕДИ В ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА НА МЕСТЕ ПРИСТУПА И ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ В ВЕНУ**

- а) маннитола
- б) диазепама
- в) тиопентала натрия
- г) пропофола

**61. ОБЪЕМ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ БОЛЬНЫМ, НАХОДЯЩИМСЯ В КОМАТОЗНОМ СОСТОЯНИИ, ОГРАНИЧИВАЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ СРЕДСТВ, НЕОБХОДИМЫХ**

- а) для купирования нарушений сердечной деятельности
- б) для купирования нарушений дыхания
- в) для обеспечения безопасной транспортировки в стационар
- г) для снятия болевого синдрома

**62. КАКОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА?**

- а) эуфиллин
- б) трентал
- в) транексамовая кислота
- г) гепарин

**63. К ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ**

- а) предупреждение и лечение нарушения дыхания
- б) антикоагулянтная и тромболитическая терапия
- в) устранение гипертермии и других вегетативных нарушений
- г) борьба с отеком мозга и внутричерепной гипертензией

**64. КАКОВ ВЕРОЯТНЫЙ МЕХАНИЗМ СНИЖЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ?**

- а) уменьшение углекислоты в результате гипервентиляции приводит к церебральной вазоконстрикции
- б) гипервентиляция приводит к алкалозу, что ведет к снижению вазоактивных аминов
- в) увеличение содержания кислорода приводит к снижению синтеза простагландинов
- г) увеличение содержания кислорода предотвращает развитие гипоксического отека мозга



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1.	б	23.	г	45.	а
2.	г	24.	а	46.	а
3.	б	25.	а	47.	в
4.	г	26.	в	48.	г
5.	в	27.	г	49.	г
6.	г	28.	г	50.	б
7.	г	29.	г	51.	б
8.	а	30.	а	52.	г
9.	в	31.	а	53.	г
10.	в	32.	г	54.	г
11.	а	33.	г	55.	в
12.	б	34.	а	56.	б
13.	в	35.	г	57.	г
14.	в	36.	г	58.	в
15.	б	37.	б	59.	в
16.	в	38.	г	60.	б
17.	в	39.	в	61.	в
18.	б	40.	г	62.	в
19.	б	41.	а	63.	б
20.	г	42.	г	64.	а
21.	в	43.	г		
22.	г	44.	б		

### **РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ**

Выберите один правильный ответ.

#### **1. В РОЛИ ЯДА МОЖЕТ ВЫСТУПИТЬ**

- а) чужеродное организму химическое вещество
- б) только неорганические химические вещества
- в) только органические химические вещества
- г) любое химическое соединение, попавшее в организм в количестве, способном вызвать нарушение жизненно важных функций организма

#### **2. В ЗАДАЧИ КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ ВХОДИТ**

- а) изучение острых отравлений
- б) изучение хронических химических болезней
- в) изучение механизмов болезненного пристрастия человека к некоторым видам токсических веществ, именуемых наркотиками
- г) все указанное верно

#### **3. К ПРЕДНАМЕРЕННЫМ ОТНОСЯТСЯ ОТРАВЛЕНИЯ, ВОЗНИКШИЕ**

- а) в результате несчастного случая
- б) в результате истинного суицида
- в) в результате самолечения
- г) в результате алкогольной интоксикации

#### **4. ОТРАВЛЕНИЯ, КОТОРЫЕ ОТНОСЯТСЯ К КАТЕГОРИИ ТЯЖЕЛЫХ**

- а) острые
- б) хронические
- в) осложненные
- г) отравления высокотоксичными химическими соединениями

#### **5. В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЯДА В ОРГАНИЗМЕ ЗАВИСИТ ОТ**

- а) от количества времени, прошедшего с момента попадания яда
- б) от пути проникновения яда
- в) от возраста больного
- г) от температуры окружающей среды

#### **6. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К УСИЛЕНИЮ ЕСТЕСТВЕННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА?**





Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- а) перитонеальный диализ
- б) детоксикационная лимфорез
- в) форсированный диурез
- г) кишечный лаваж

7. КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОТРАВЛЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ?

- а) лечебная гипервентиляция
- б) гемодиализ
- в) кишечный лаваж
- г) форсированный диурез

8. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОМЫВАНИЮ ЖЕЛУДКА?

- а) желудочное кровотечение
- б) экзотоксический шок
- в) кома
- г) абсолютных противопоказаний нет

9. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОМЫВАНИЮ ЖЕЛУДКА?

- а) желудочное кровотечение
- б) экзотоксический шок
- в) кома
- г) психомоторное возбуждение

10. В КАКИЕ СРОКИ ОТ МОМЕНТА ПОПАДАНИЯ ЯДА В ОРГАНИЗМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КИСЛОТАМИ?

- а) в первые 4–6 часов
- б) до 12 часов
- в) от 12 до 24 часов
- г) в течение первых 3-х суток

11. В КАКИЕ СРОКИ ОТ МОМЕНТА ПОПАДАНИЯ ЯДА В ОРГАНИЗМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЩЕЛОЧАМИ?

- а) в первые 4–6 часов
- б) до 12 часов
- в) от 12 до 24 часов
- г) в течение первых 3-х суток

12. ЛЮБАЯ МЕТОДИКА ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- а) водную нагрузку
- б) введение диуретика
- в) заместительную инфузию растворов электролитов
- г) все указанное

13. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КАКИМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЕЩЕСТВ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ФОРСИРОВАННЫЙ ДИУРЕЗ?

- а) фенobarбитал
- б) карбофос
- в) дихлорэтан
- г) угарный газ





Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

14. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ДЕТОКСИКАЦИИ МЕТОДОМ  
ФОРСИРОВАННОГО ДИУРЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) кома
- б) экзотоксический шок
- в) гемолиз эритроцитов
- г) гепатопатия

15. ДИПИРОКСИМ ЯВЛЯЕТСЯ АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

- а) амитриптилином
- б) стрихнином
- в) карбофосом
- г) метиловым спиртом

16. УНИТИОЛ ЯВЛЯЕТСЯ АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

- а) карбофосом
- б) солями тяжелых металлов
- в) этиленгликолем
- г) этиловым спиртом

17. ЭТИЛОВЫЙ СПИРТ ЯВЛЯЕТСЯ АНТИДОТОМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

- а) амитриптилином
- б) солями тяжелых металлов
- в) угарным газом
- г) этиленгликолем

18. ИЗ ПРИЖИГАЮЩИХ ЖИДКОСТЕЙ РЕЗОРБТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ХАРАКТЕРНО  
ДЛЯ

- а) неорганических кислот
- б) органических кислот
- в) щелочей
- г) окислителей

19. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ФАЗЫ РЕЗОРБЦИИ В ТОКСИКОГЕННУЮ СТАДИЮ  
ОТРАВЛЕНИЯ НЕОРГАНИЧЕСКИМИ КИСЛОТАМИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- а) 1–3 часа
- б) 3–6 часов
- в) 6–12 часов
- г) 12–24 часа

20. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ФАЗЫ РЕЗОРБЦИИ В ТОКСИКОГЕННУЮ СТАДИЮ  
ОТРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЧЕСКИМИ КИСЛОТАМИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- а) 1–3 часа 75
- б) 3–6 часов
- в) 6–12 часов
- г) 12–24 часа

21. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ФАЗЫ РЕЗОРБЦИИ В ТОКСИКОГЕННУЮ СТАДИЮ  
ОТРАВЛЕНИЯ ЩЕЛОЧАМИ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- а) 1–3 часа
- б) 3–6 часов
- в) 6–12 часов
- г) 12–24 часа



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

22. ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОРГАНИЧЕСКИМИ КИСЛОТАМИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО, НЕ РАНЕЕ

- а) 6–12 часов
- б) 12–24 часов
- в) 24–36 часов
- г) 36–48 часов

23. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМИ ЯДАМИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ УДАЛЕНИЯ СВОБОДНОГО ГЕМОГЛОБИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) заменное переливание крови
- б) плазмообмен
- в) гемосорбция
- г) дренирование грудного лимфатического протока

24. КОНЦЕНТРАЦИЯ ЭТИЛОВОГО СПИРТА, ПРИ КОТОРОЙ УЖЕ ВЕРОЯТНО РАЗВИТИЕ КОМАТОЗНОГО СОСТОЯНИЯ, СОСТАВЛЯЕТ

- а) 1 г/л
- б) 2 г/л
- в) 3 г/л
- г) 5 г/л

25. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТОКСИКОГЕННОЙ СТАДИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕТИЛОВЫМ СПИРТОМ СОСТАВЛЯЕТ

- а) 12 часов
- б) 24 часа
- в) 36 часов
- г) свыше 48 часов

26. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ЭТИЛОВЫМ СПИРТОМ НЕОБХОДИМО

- а) восстановление адекватного дыхания
- б) зондовое промывание желудка
- в) в/в введение растворов глюкозы и гидрокарбоната натрия
- г) все указанное верно

27. ОСНОВНЫМ ПУТЕМ ЭЛИМИНАЦИИ ЭТАНОЛА ИЗ ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) выведение в неизменном виде через легкие
- б) выведение в неизменном виде через почки
- в) метаболизм в печени
- г) выведение через желудочно-кишечный тракт

28. ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПОКАЗАНО

- а) промывание желудка и очищение кишечника
- б) форсированный диурез
- в) гемосорбция
- г) все указанное верно

29. ЛЕТАЛЬНЫЙ СИНТЕЗ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ ОТРАВЛЕНИИ

- а) метанолом
- б) угарным газом
- в) анилином
- г) опиатами

30. УГНЕТЕНИЕ ДЫХАНИЯ ПРЕОБЛАДАЕТ НАД УГНЕТЕНИЕМ СОЗНАНИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- а) этиловым спиртом
  - б) снотворными барбитурового ряда
  - в) опиатами
  - г) угарным газом
31. ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ ФОС ХАРАКТЕРНО
- а) развитие летального синтеза
  - б) наличие в крови метгемоглобина
  - в) наличие в крови свободного гемоглобина
  - г) снижение активности холинэстеразы крови
32. ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЛЕДНОЙ ПОГАНКОЙ СОСТАВЛЯЕТ
- а) 1–2 часа
  - б) 2–4 часа
  - в) 4–6 часов
  - г) более 6 часов
33. К ВЕЩЕСТВАМ НЕФРОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
- а) этиленгликоль
  - б) дихлорэтан
  - в) бледная поганка
  - г) анилин
34. К ВЕЩЕСТВАМ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОТНОСИТСЯ
- а) этиленгликоль
  - б) дихлорэтан
  - в) этанол
  - г) анилин
35. ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МУХОМОРОМ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ
- а) 1–3 часа
  - б) 3–6 часов
  - в) 6–12 часов
  - г) 12–24 часа
36. ПРОВЕДЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАНО ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
- а) ФОС
  - б) угарным газом
  - в) этиловым спиртом
  - г) метиловым спиртом
37. ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ МЕТОДОМ ГЕМОДИАЛИЗА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО
- а) в первые 4–6 часов от момента попадания яда в организм
  - б) через 6–12 часов
  - в) через 12–24 часа
  - г) через 24–36 часов
38. РАЗВИТИЕ ГЕМОЛИЗА ЭРИТРОЦИТОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЯ
- а) бледной поганкой
  - б) мухомором
  - в) сморчками



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

- г) ложными опятами
39. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ МОЖЕТ НОСИТЬ
- а) неврогенный характер
  - б) аспирационно-обтурационный характер
  - в) легочной характер
  - г) любой из перечисленных
40. ТОКСИЧЕСКИЙ ОТЕК ЛЕГКИХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
- а) окислами азота
  - б) этиловым спиртом
  - в) метиловым спиртом
  - г) угарным газом
41. РАЗВИТИЕ ТКАНЕВОЙ ГИПОКСИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЙ
- а) ФОС
  - б) цианидами
  - в) анилином
  - г) этиловым спиртом
42. ДЛЯ ОТРАВЛЕНИЙ МЕТГЕМОГЛОБИНООБРАЗОВАТЕЛЯМИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ
- а) дыхательной гипоксии
  - б) циркуляторной гипоксии
  - в) гемической гипоксии
  - г) тканевой гипоксии
43. ЭКЗОТОКСИЧЕСКИЙ ШОК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
- а) хлорированными углеводородами
  - б) прижигающими жидкостями
  - в) медикаментозными препаратами
  - г) ФОВ
44. ЭКЗОТОКСИЧЕСКИЙ ШОК МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
- а) истинной гиповолемии
  - б) нарушения регуляции сосудистого тонуса
  - в) падения сократительной способности миокарда
  - г) по любой из указанных причин
45. ИЗ ВСЕГО КОЛИЧЕСТВА СМЕРТЕЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ, ОТРАВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И ЕГО СУРРОГАТАМИ СОСТАВЛЯЮТ
- а) 10 %
  - б) 20 %
  - в) 40 %
  - г) 60 %
46. В ЖЕЛУДКЕ ВСАСЫВАЕТСЯ ИЗ ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТОГО АЛКОГОЛЯ
- а) 20 %
  - б) 50 %
  - в) 70 %
  - г) 80 %
47. В ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ ВСАСЫВАЕТСЯ ИЗ ОБЩЕГО КОЛИЧЕСТВА ПРИНЯТОГО АЛКОГОЛЯ



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

а) 20 %

б) 50 %

в) 70 %

г) 80 % 80

48. ЛЕТАЛЬНАЯ ДОЗА УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИИ (80 % УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ) РАВНА

а) 30 мл

б) 50 мл

в) 80 мл

г) 100 мл

49. ЛЕТАЛЬНАЯ ДОЗА ДИХЛОРЕТАНА ПРИ ПЕРОРАЛЬНОМ ПОСТУПЛЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

а) 20 мл

б) 40 мл

в) 50 мл

г) 100 мл

50. ПРИ УКУСЕ ЗМЕЙ СЕМЕЙСТВА ГАДЮКОВЫХ РАЗВИВАЕТСЯ

а) выраженный отек тканей в месте укуса

б) гемолиз эритроцитов

в) тромбогеморрагический синдром

г) все указанное верно

Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ	Номер задания	Ответ
1.	г	18.	б	35.	а
2.	г	19.	а	36.	б
3.	б	20.	б	37.	а
4.	в	21.	а	38.	в
5.	а	22.	в	39.	г
6.	в	23.	б	40.	а
7.	б	24.	в	41.	б
8.	г	25.	г	42.	в
9.	б	26.	г	43.	а
10.	а	27.	в	44.	г
11.	а	28.	г	45.	г
12.	г	29.	а	46.	а
13.	а	30.	в	47.	г
14.	б	31.	г	48.	б
15.	в	32.	г	49.	а
16.	б	33.	а	50.	г
17.	г	34.	б		

### 7.1.2. Примерный перечень ситуационных задач

**Проверяемые компетенции:** ОПК-6.1.1. ОПК-6.1.2. ОПК-6.2.1. ОПК-6.2.3. ОПК-6.2.4. ОПК-6.3.1. ОПК-6.3.2. ОПК-6.3.3. ОПК-7.1.3. ОПК-7.2.1. ОПК-7.2.2. ОПК-7.3.1. ОПК-7.3.2. ОПК-7.3.3. ПК-1.1.5. ПК-1.1.6. ПК-1.1.7. ПК-1.1.8. ПК-1.2.1. ПК-1.2.2. ПК-1.2.3. ПК-1.2.4. ПК-1.3.1. ПК-1.3.2. ПК-1.3.3. ПК-1.3.4. ПК-1.3.5. ПК-1.3.6. ПК-3.1.2. ПК-3.1.3. ПК-3.2.1. ПК-3.2.2. ПК-3.2.3. ПК-3.2.4. ПК-3.3.1. ПК-3.3.2. ПК-3.3.3. ПК-3.3.4.



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**Задача 1.** Женщина в возрасте 55 лет с кишечной непроходимостью поступила в клинику для операции резекции участка тонкого кишечника. Из сопутствующей патологии у неё были лёгкая форма гипертонической болезни и патологическое ожирение. Во время вводного наркоза на фоне вдыхания 100% кислорода у неё развилась выраженная гипоксемия.

- Каковы основные причины развития гипоксемии у данной больной?

- Ваши действия в данной ситуации?

Ответ. - Причиной развившегося состояния у данной больной является имеющаяся у неё в исходе респираторная гипоксемия. Хроническая гипоксемия у больных с ожирением часто развивается в результате рестриктивных болезней лёгких. Заметно снижается прежде всего резервный объём выдоха. Соответственно уменьшается и функциональная остаточная ёмкость лёгких. Когда последний показатель становится меньше остаточного объёма, возникает опасность спадения ацинусов и долек, что предрасполагает к развитию ателектазов, пневмонии и к шунтированию. В данной ситуации состояние больной усугубляется ещё высоким стоянием диафрагмы вследствие кишечной непроходимости. Снижение лёгочных объёмов и шунтирование служат показанием для проведения предупредительных противогипоксических мероприятий (преоксигенация). Кроме того, больных с патологическим ожирением интубировать следует в сознании (например, по бронхоскопу).

**Задача (задание) 2.** Мужчина в возрасте 72 лет, в анамнезе у которого есть указание на гипертоническую болезнь и подагру, был госпитализирован для операции передней резекции бронха. Несмотря на отсутствие в анамнезе лёгочных заболеваний, перед операцией у него определялись скудные хрипы на выдохе. При дыхании в обычных условиях рН крови составил 738, РаО<sub>2</sub> - 81 мм рт.ст., а РаСО<sub>2</sub> - 42 мм рт.ст. После вводного наркоза хрипы усилились, в процессе операции они исчезли, но в послеоперационном периоде на фоне продолжающейся ИВЛ у больного развилась гипертензия, наступило состояние возбуждения, появились нарушения сердечного ритма.

- Какое патологическое состояние развилось у данного больного?

- Ваши действия в данной ситуации?

Ответ. - У больного развилась картина бронхоспазма в ответ на нахождение в трахее интубационной трубки на выходе из анестезии. - седатировать больного, ввести препараты аминофиллина; далее - (32-миметики, при необходимости - адреналин, кортикостероиды.

**Задача (задание) 3.** Мужчина в возрасте 86 лет был госпитализирован по поводу опухоли нижней доли левого лёгкого. Планировалось произвести ему бронхоскопию и сразу же после неё - лобэктомию. Бронхоскопия жёстким бронхоскопом под общим наркозом прошла без осложнений, больного положили на правый бок и приступили к операции лобэктомии. Через 25 мин после разреза кожи перестало определяться артериальное давление.

- Что за состояние развилось у данного больного?

- Ваши действия в этой ситуации?

Ответ. - У данного больного возникла остановка сердца. Здесь показан комплекс мероприятий, называемый сердечно-лёгочной реанимацией. Сюда входят: закрытый массаж сердца, восстановление проходимости дыхательных путей или при уже проводимой ИВЛ - вентиляция 100% кислородом, ранняя дефибрилляция, применение лекарственных средств (адреналин, лидокаин и др. по показаниям) через пунктированную центральную вену или при невозможности пункции её - через интубационную трубку непосредственно в лёгкие.





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

Открытый массаж сердца может проводиться в особых, чётко оговоренных ситуациях: при вскрытой грудной клетке при травме или во время операции, тампонаде сердца, раздавливании и флоттировании грудной клетки при травме, деформациях грудной клетки, выраженной эмфиземе, фибрилляции желудочков, не купируемой другими методами лечения, разрыве аневризмы аорты.

**Задача (задание) 4.** Мужчина в возрасте 74 лет, рост которого 160 см, масса тела 60 кг, направлен на операцию трансуретральной резекции предстательной железы по поводу её доброкачественной гипертрофии. Больной страдает сахарным диабетом и в прошлом перенёс нарушение мозгового кровообращения. Спинальная анестезия 15 мг тетракаина с адреналином обеспечила удовлетворительное обезболивание. Анестезия наступила с уровня Th VII. Через 45 мин после начала операции развилась брадикардия, а затем наступила остановка сердца.

- Какое осложнение развилось у данного больного?

- Какова анестезия выбора при трансуретральной резекции предстательной железы?

Ответ. - Брадикардия и остановка сердца у больного развились, вероятно, в результате абсорбции омывающей жидкости и гипонатриемии. Уровень натрия в крови, как было установлено при последующем исследовании, составлял 100 ммоль/л. Спинальная или эпидуральная анестезия на уровне VIII-XI грудных позвонков служит методом выбора для большинства больных, которым требуется операция трансуретральной резекции предстательной железы.

**Задача (задание) 5.** Больной К., 39 лет находится в клинике с диагнозом закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, травматическое субарахноидальное кровоизлияние, закрытый многооскольчатый перелом средней трети правой бедренной кости. Предстоит интрамедуллярный металлоостеосинтез правой бедренной кости в условиях многокомпонентной сбалансированной анестезии + миоплегии + искусственной вентиляции легких. В операционной премедикация и индукция без особенностей, после введения рокурония искусственная вентиляция легких с помощью маски наркозного аппарата оказалась неэффективной.

- Дайте определение «трудной интубации», как часто она встречается

- Какие прогностические шкалы применяются для оценки риска сложной интубации

- Какая анестезиологическая тактика в данной ситуации

Ответ. - Под «трудной интубацией» понимают такую клиническую ситуацию, при которой врач анестезиолог реаниматолог испытал определенные трудности при проведении 2-3 попыток интубации и легочной вентиляции, занявших в общей сложности от 5 до 10 мин. Трудная интубация в обычной практике встречается от 3 до 18%. В практике акушерской анестезиологии она встречается в 7,9% и является причиной материнской смертности в 41% случаев. - Для оценки вероятности «трудной интубации» используется комплекс прогностических шкал и признаков 1. Тест Маллампати (Mallampati) в модификации Samssoon, Young. 2. Тироментальная дистанция (ТД) - расстояние между подбородком и щитовидным хрящом при разогнутой голове и шее 3. Грудино-ментальная дистанция (ГМД) - расстояние между подбородком и рукояткой грудины при разогнутой голове и шеи. 4. Степень разгибания головы и шеи в атлanto-окципитальном сочленении. 103 5. Степень открывания рта. 6. Подвижность нижней челюсти. 7. Общая оценка телосложения: ожирение, пневмосклероз, тучность, беременность, сахарный диабет, обменные нарушения опорно-





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

двигательного аппарата, которые могут повлиять на интубацию. - в данной ситуации необходимо действовать по протоколу «трудной интубации» который, в зависимости от возможности адекватной вентиляции и оксигенации включает в себя следующие действия: вызов в операционную второго анестезиолога, придание улучшенного положения, использование искусственных дыхательных путей (орофарингеального воздуховода, ларингеальной маски, ларингеальной трубки, двухпросветной трубки), смену клинка ларингоскопа, фиброоптическую интубацию, назотрахеальную интубацию, коникотомю, трахеостомию, реверс нейромышечного блока препаратом сугаммадекс, пробуждение больного и изменение срока плановой операции.

**Задача (задание) 6.** Женщина в возрасте 19 лет поступила в клинику с диагнозом ЗЧМТ, СГМ, закрытый перелом верхней-средней трети правой бедренной кости, на фоне беременности 32 недель. С целью временной репозиции костных отломков, наложено скелетное вытяжение. Планируется оперативное вмешательство интрамедуллярный остеосинтез бедренной кости.

- Какие особенности при проведении анестезии при неакушерских операциях у беременных  
- В чем заключаются особенности при оформлении медицинской документации и выборе метода анестезиологического пособия?

- Какой вид анестезии будет оптимальным в данной ситуации, в чем особенности периоперационного мониторинга?

Ответ. - У беременных женщин плановые хирургические операции, как правило, откладываются. Важнейшими физиологическими изменениями во время беременности являются: 1. Увеличенный ОЦК -> увеличение нагрузки на сердце 2. Физиологическая анемия -> повышенный риск тяжелой анемии после кровопотери 3. Состояние гиперкоагуляции -> повышенный риск тромбоэмболии 4. Аортокавальная компрессия -> риск гипотензии на спине, особенно после регионарных блокад 5. Сниженная ФОЕ —> быстрое наступление гипоксии после индукции анестезии 6. Повышенная склонность к пищеводному рефлюксу -> повышенный риск аспирации 7. Монофакторные изменения при визуализации гортани -> 10-кратное увеличение риска неудачной интубации 8. Повышение ИМТ о объема распределения -> повышенный риск пробуждения во время общей анестезии - Решение о срочности, объеме оперативного вмешательства и выборе метода анестезиологического пособия принимается консилиумом специалистов с участием заместителя главного врача по лечебным вопросам, травматологов, нейрохирургов, акушеров гинекологов, неонатологов, терапевтов (кардиологов), анестезиологов-реаниматологов. - а) В данной ситуации эпидуральная анестезия является оптимальным методом анестезиологического пособия. Преимуществами эпидуральной анестезии являются: 1. Минимальное влияние на плод 2. Эффективная профилактика развития операционной стресс-реакции 3. Улучшение спланхического, в том числе и маточно-плацентарного кровотока 4. Длительное, адекватное послеоперационное обезболивание 5. Отсутствие в необходимости применения наркотических анальгетиков 6. Системное противовоспалительное действие ропивакаина в низкой концентрации 7. Меньшая степень вероятности развития аспирационного синдрома б) В периоперационном периоде необходимо обеспечить мониторинг состояния плода: КТГ-мониторинг, УЗИ-контроль состояния маточно-плацентарного кровотока и плода.



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**Задача (задание) 7.** Вызов бригады скорой помощи в школу к мальчику 8 лет. Ребенка ужалила пчела. Через несколько минут после этого состояние резко ухудшилось. В медпункте школы п\к введен адреналин, в\м димедрол. К моменту прибытия бригады 03 состояние вновь ухудшилось. Появилось учащенное дыхание с нарушением выдоха, был жидкий стул. Периодически судороги. Пульс более 150 в 1 минуту, почти не прощупывается, тоны сердца ослаблены. Артериальное давление 60/0. Резко заторможен.

1. Поставьте диагноз 2. Окажите неотложную помощь 3. Определите дальнейшую тактику.

Ответ. 1. DS. Анафилактический шок (на укус пчелы). 2. Терапия. Доступ к вене. В\в струйно адреналин 0,1% - 0,4 в 5,0 мл 0,9% р-ра NaCl (в разведении 1:10). Преднизолон 90 мг (3 ампулы) в связи с явлениями бронхоспазма 0,9% р-р NaCl 150,0 мл - введение со скоростью не менее 10,0 мл\минуту под контролем АД (с подключением при необходимости микроструйного введения допамина 8-10 мкг\кг\мин). 100% Увлажненный кислород. При сохранении явлений бронхоспазма ингаляция сальбутамола 1,25 мг или беродуала (200 капель) с помощью небулайзера или, при невозможности проведения ингаляционной терапии, в\в капельно 2,4% р-р эуфиллина 8,0 мл (7 мг/кг) При рецидиве судорог - седуксен по 0,6 мл в\в повторно через 10 минут (не более 3 раз) 3. Экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

**Задача (задание) 8.** К мальчику 3-х лет на дом вызвана бригада Скорой помощи. Около 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, полиморфную сыпь по всему телу с зудом. Установлено, что за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи больному по поводу двусторонней мелкоочаговой пневмонии была сделана первая инъекция 0,5 ампициллина внутримышечно. В возрасте 2-х лет при лечении оспеном по поводу острого гнойного отита была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи. На момент осмотра ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный, липкий пот. Затруднен выдох. Частота дыхания - 56 в 1 мин. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и субкрепитирующие хрипы. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД- 60/20 мм рт.ст., пульс - 160 уд/мин, нитевидный. Живот доступен пальпации, имеется умеренная болезненность без определенной локализации. Печень + 1 см из под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было.

Вопросы: 1. Диагноз? 2. Первая врачебная помощь. 3. Дальнейшая тактика лечения.

Ответ. 1. DS. Лекарственный анафилактический шок (на ампициллин). 2. Терапия. Адреналин 10 мкг/кг 1,5 мл 0,01% р-ра (разведение 1:10!) в\в, в\м. Придать больному горизонтальное положение с несколько приподнятыми ногами. Полость рта и дыхательные пути очистить от слизи, повернуть голову ребенка набок для предупреждения аспирации. Измерение АД каждые 2-3 минуты. Предупредить потери тепла. Доступ к вене и в\в струйно преднизолон 3 мг/кг. 100% оксигенотерапия. При сохранении явлений бронхоспазма - ингаляция сальбутамола 1,25 мг или беродуала с помощью небулайзера. Если на этом фоне сохраняется артериальная гипотензия, то в\в капельно допамин 5-10 мкг/кг\минуту или адреналин в 50,0 мл изотонического раствора NaCl 0,1-1,0 мкг/кг\мин, кристаллоиды в\в со скоростью не менее 10 мл/кг\час и выше под контролем уровня АД При появлении уртикарных элементов на коже возможно дополнительное введение H1-блокаторов (супрастин). Госпитализация в отделение реанимации.



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**Задача (задание) 9.** Вследствие взрыва бытового газа обрушение конструкций жилого дома. Из под завала спасена девочка 12 лет. Установлено, что в течение 3-х часов нижние конечности 105 ребенка были придавлены бетонной плитой. После поднятия плиты ребенок терял сознание, отмечалось непроизвольное мочеиспускание. При осмотре врачом скорой помощи определено крайне тяжелое состояние. Дыхание самостоятельное, учащенное до 42 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс резко учащен до 140 в 1\мин. Артериальное давление 70/20. Глоточный и корнеальный рефлекс сохранены. Кожные покровы обеих нижних конечностей синюшного цвета, холодные на ощупь. Пульс в области голеностопных суставов не определяется. Болевая чувствительность резко снижена. Переломов нет. Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, равномерно проводится над обеими сторонами грудной клетки. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Моча с розовым оттенком. Сознание спонтанно восстановилось.

1. Поставьте диагноз

2. Окажите неотложную помощь. Что было необходимо сделать до полного освобождения ребенка из под завала?

3. Определите дальнейшую тактику в отношении пациента

Ответ. 1. D-S. С-м длительного сдавливания (обеих нижних конечностей). Травматический шок. 2. Терапия. Жгут и тугое бинтование нижних конечностей. В\м, п\к 1%-0,5-1,0 мл промедола или омнопона. Доступ к вене: трансфузия 0,9% р-р натрия хлорида 400,0 мл (со скоростью 20 мл\минуту в зависимости от АД), с допамином 6-10 мкг\кг\мин при отсутствии положительной динамики артериального давления. До освобождения ребенка из под завала необходимо было сделать турникет обеих нижних конечностей с помощью кровоостанавливающего резинового жгута выше места сдавливания и далее (после поднятия плиты) - туго их перебинтовать в дистально-проксимальном направлении. После бинтования нижних конечностей можно осторожно (постепенно распуская) снять жгут. 3. Экстренная госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации.

**Задача (задание) 10.** Больной М., 54 года. Жалобы на удушье, интенсивную загрудинную боль давящего характера с иррадиацией в спину, резкую слабость. Ухудшение состояния внезапное на фоне относительного благополучия, около 20 минут назад. В анамнезе: Около 2 недель назад выписан из стационара, где находился на лечении в связи с переломом костей правой голени (после ДТП). После выписки отмечал отечность правой нижней конечности, эпизодически — боль в правой нижней конечности, по поводу чего к врачам не обращался. Объективно: состояние, тяжелое. В сознании, несколько возбужден. Лежит (в положении сидя одышка не уменьшается), температура — 36,1 С. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом, цианоз губ, шейно-воротниковой зоны. Отмечается набухание и пульсация вен шеи. Правая нижняя конечность несколько увеличена в объеме по сравнению с левой, положительные симптомы Мозеса, Хоманса справа. В легких дыхание жесткое, несколько ослаблено справа, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД — 28- 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные, глухие. ЧСС — 140 в минуту, АД — 70/30 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Грубой очаговой неврологической и менингеальной симптоматики не выявлено. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС — 140 в минуту. Отклонение ЭОС вправо (RI < SI, RIII > RII > RI). Высокоамплитудный зубец Р во II стандартном



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

отведения (P-pulmonale). Патологический зубец Q и подъем сегмента ST до 2мм в отведениях III, AVF. Отрицательные зубцы T в отведениях III, V1-V4.

Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения)? (Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Кардиогенный шок).

2. Вероятность летального исхода у данной категории пациентов при своевременной диагностике и лечении? (Высокая, >15%).

3. Какие анамнестические сведения в настоящем примере являются факторами риска развития данного состояния? (Недавний перелом правой голени).

4. Укажите клинические признаки острой правожелудочковой недостаточности у данного больного. (Цианоз шейно-воротниковой зоны, набухание и пульсация вен шеи, гепатомегалия).

5. Укажите ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца в данном клиническом примере. (Отклонение ЭОС вправо, P-pulmonale, SI-QIII-TIII, подъем STIII, AVF, отрицательные зубцы T VI-V4).

6. С чем в первую очередь необходимо проводить в данной ситуации дифференциальную диагностику? (С острым задне-диафрагмальным инфарктом миокарда с вовлечением правого желудочка).

7. На основании каких ЭКГ-признаков можно проводить дифференциальную диагностику между этими состояниями в данном случае. (Для острого задне-диафрагмального инфаркта миокарда характерны также подъем ST во II стандартном отведении и реципрокная депрессия ST в передних грудных отведениях, для инфаркта правого желудочка характерен также подъем ST в отведениях RV3-4).

8. Возможна ли достоверная диагностика данного заболевания на основании клинических и ЭКГ-признаков? (Нет).

9. Показано ли применение наркотических анальгетиков у данного больного? (Показано).

10. Какой максимальный объем внутривенной инфузии показан данному больному с целью коррекции гемодинамики? Какой плазмозамещающий раствор является наиболее предпочтительным в данной ситуации? Какие препараты вы будете использовать в случае неэффективности внутривенной инфузии? (500 мл, реополиглюкин, симпатомиметики).

11. Какой вид прямых антикоагулянтов (нефракционированный или низкомолекулярный гепарин) предпочтительнее в данной ситуации и почему? (Нефракционированный, эффективность низкомолекулярных гепаринов не изучалась в крупных исследованиях у больных с массивными формами ТЭЛА).

12. Оптимальные подходы к лечению данного больного в условиях стационара? Какова их цель? (Тромболитическая терапия или хирургическая эмболэктомия, максимально быстрое восстановление кровотока в окклюзированных ветвях легочной артерии).

**Задача (задание) 11.** Больная Ж., 74 года. Жалобы на одышку при ходьбе, кашель со скудной трудноотделяемой мокротой, временами с прожилками крови, гипертермия до 38,5°C, сердцебиение. Указанные жалобы беспокоят около 3 дней, со слов больной 5 дней назад был эпизод кратковременной потери сознания. Осмотрена терапевтом 2 дня назад, назначена антибактериальная терапия (сумамед 500мг/сутки), отхаркивающие препараты (лазолван, корень солодки), на фоне лечения состояние без существенного улучшения. В анамнезе — длительная ИБС: стенокардия напряжения 2-3 ФК, гипертоническая болезнь с максимальными цифрами ЛД до 180/110 мм рт. ст. (адаптирована к 140/90 мм рт. ст.),





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

нарушение толерантности к глюкозе, ожирение, варикозная болезнь нижних конечностей. Приблизительно 4 года назад перенесла эндопротезирование левого тазобедренного сустава по поводу перелома шейк и бедра, в послеоперационном периоде развился тромбоз глубоких вен левой нижней конечности, в связи с чем в течение 6 месяцев получала варфарин. В настоящее время регулярно принимает кардиомагнил — 75 мг/сутки, конкор — 2,5 мг/сутки, энап — 10 мг/сутки. Семейный анамнез без особенностей. Аллергоанамнез не отягощен. Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактна, спокойна. Положение активное, температура — 38,2° С. Кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз. Голени пастозны, левая нижняя конечность в диаметре несколько больше правой. В легких жесткое дыхание, проводится во все отделы, единичные сухие хрипы, больше справа. ЧДД — 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС — 110 в минуту, АД — 150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Грубой очаговой неврологической и менингеальной симптоматики не выявлено. ЭКГ: фибрилляция предсердий, тахисистолия. ЧСС — 100-115 в минуту. Нормальное положение ЭОС. В отведениях V5-V6 глубокие зубцы S до 5 мм, косонисходящая депрессия сегмента ST до 2 мм (на анамнестических ЭКГ синусовый ритм, горизонтальное положение ЭОС, признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, очаговых изменений нет).

Вопросы: 1. Возможно ли в данной ситуации исключение ТЭЛА без дополнительного обследования? (Нет).

2. Какие факторы риска развития ТЭЛА имеют место у данной пациентки? (Тромбоз глубоких вен нижней конечности в анамнезе, пожилой возраст, варикозная болезнь вен нижних конечностей, ожирение).

3. Чем может быть вызвана пневмония у данной больной? (Инфарктом легкого).

4. Какие анамнестические факторы не позволяют в данной ситуации исключить у больной развития ТЭЛА? (Тромбоз глубоких вен нижних конечностей).

5. Какие симптомы в данном клиническом примере не вполне характерны для типичной внебольничной пневмонии и не позволяют исключить ТЭЛА? (Кровохарканье, обморок, отек одной из нижних конечностей, скудная аускультативная картина к легким, гепатомегалия).

6. Клиническая вероятность ТЭЛА в данном примере по шкалам Wells и Revised (Jenova Score). (Высокая).

7. На основании какого лабораторного теста возможно надежное исключение ТЭЛА у больных с низкой передней клинической вероятностью? Возможно ли оно в данной ситуации? Возможно ли надежное подтверждение ТЭЛА с помощью этого теста? (Отрицательным результат анализа на D-димер крови при использовании высокочувствительного метода, нет, нет).

8. Какие патогномичные ЭКГ-симптомы ТЭЛА представлены в данном клиническом примере? (Патогномичных ЭКГ-симптомов ТЭЛА не существует).

9. Относится ли данная пациентка к категории больных с высоким риском летального исхода от ТЭЛА и почему? (Нет, так как нет шока или гипотензии).

10. Препараты какой группы показаны в первую очередь для лечения больных с данной формой ТЭЛА? Возможно ли их использование до подтверждения диагноза в данной ситуации? (Антикоагулянты, да — если нет противопоказаний).

11. При условии подтверждения диагноза ТЭЛА в каком случае данной пациентке будет показана имплантация кава-фильтра? (При противопоказаниях к назначению



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

антикоагулянтов). 12. Какой лабораторный показатель и в каком диапазоне необходимо контролировать пациентам, получающим варфарин? (МНО = 2,0-3,0).

### **7.1.3. Примерные темы рефератов**

**Проверяемые компетенции:** ОПК-6.1.1. ОПК-6.1.2. ОПК-6.2.1. ОПК-6.2.3. ОПК-6.2.4. ОПК-6.3.1. ОПК-6.3.2. ОПК-6.3.3. ОПК-7.1.3. ОПК-7.2.1. ОПК-7.2.2. ОПК-7.3.1. ОПК-7.3.2. ОПК-7.3.3. ПК-1.1.5. ПК-1.1.6. ПК-1.1.7. ПК-1.1.8. ПК-1.2.1. ПК-1.2.2. ПК-1.2.3. ПК-1.2.4. ПК-1.3.1. ПК-1.3.2. ПК-1.3.3. ПК-1.3.4. ПК-1.3.5. ПК-1.3.6. ПК-3.1.2. ПК-3.1.3. ПК-3.2.1. ПК-3.2.2. ПК-3.2.3. ПК-3.2.4. ПК-3.3.1. ПК-3.3.2. ПК-3.3.3. ПК-3.3.4.

1. Адекватность и концепция компонентности общей анестезии
2. Альбумин в практике анестезиолога
3. Анатомо-физиологические особенности детского организма с позиции анестезиолога
4. Анестезиологическое обеспечение при врожденных пороках сердца
5. Анестезиологическое обеспечение при торакальных операциях у детей
6. Анестезия при патологии эндокринной системы
7. Ведение пациентов в послеоперационном периоде
8. Взаимодействие лекарственных средств для анестезиологического обеспечения с лекарственными препаратами других групп
9. Виды нарушения сознания: ступор, сопор, кома
10. Влияние ИВЛ на выход из наркоза
11. Внутривенный наркоз у детей и его осложнения. Современные препараты для внутривенной анестезии
12. Водно-электролитное и кислотно-щелочное равновесие
13. Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей при трудной интубации трахеи
14. Выбор анестезии у детей в зависимости от пре- и морбидного фона
15. Гиперкетонемическая кетоацидотическая кома
16. Диабетические комы: лечение
17. Ингаляционный наркоз у детей и его осложнения. Современные газовые анестетики
18. Интенсивная терапия острых нарушений дыхания у новорождённых
19. Интенсивная терапия при острой почечной недостаточности
20. Инфекционно-токсический шок. Неотложная помощь
21. Использование снотворных, седативных, транквилизирующих и антипсихотических средств в анестезиологии и интенсивной терапии
22. Капнометрия, КОС – принципы коррекции
23. Компоненты анестезии
24. Местная и регионарная анестезия
25. Местные анестетики
26. Наркоз. Общие понятия. Анестезия
27. Неотложная помощь при электротравме
28. Ожоговая болезнь у детей
29. Ожоговый шок у детей
30. Ожоговый шок. Этиология, патогенез, клиника и принципы лечения



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

31. Особенности анестезии у новорожденных
32. Особенности анестезиологического обеспечения у детей в нейрохирургии
33. Особенности анестезиологического обеспечения у детей различных возрастных групп с миастенией
34. Особенности анестезиологического обеспечения у детей с врожденными пороками сердца
35. Особенности анестезиологического обеспечения у детей с сахарным диабетом
36. Особенности анестезиологического пособия в гинекологии
37. Особенности аппаратуры и инструментария для наркоза у детей разных возрастных групп
38. Особенности фармакокинетики, фармакодинамики и клинического использования ингаляционных анестетиков
39. Особенности фармакокинетики, фармакодинамики и клинического использования неингаляционных анестетиков
40. Острая дыхательная недостаточность. Респираторная терапия
41. Острые отравления
42. Отравление солями тяжелых металлов
43. Отравление ядовитыми грибами
44. Перидуральная, спинномозговая и сакральная анестезия у детей различных возрастных групп
45. Перитонит. Предоперационная подготовка, анестезия, послеоперационное ведение больного
46. Подготовка ребенка к проведению анестезии. Особенности выбора анестезии у детей
47. Послеоперационное угнетение дыхания. Физиологические механизмы и принципы коррекции
48. Принципы сердечно-легочной и церебральной реанимации
49. Прокальцитониновый тест
50. Пункция и катетеризация вен под УЗИ контролем
51. Развитие анестезиологии и реаниматологии
52. Реанимация и интенсивная терапия при астматическом статусе
53. Сердечно-легочная и церебральная реанимация
54. Сердечно-легочная церебральная реанимация
55. Синдром массивной жировой эмболии
56. Синдром Мендельсона. Препараты для профилактики аспирации, тошноты, рвоты
57. Современные методы обезболивания родов
58. Современные подходы к переливанию крови
59. Современный взгляд на патогенез, диагностику и этапное лечение синдрома длительного сдавления
60. Стволовая анестезия у детей различных возрастных групп
61. Тактика ведения больных при коме III степени тяжести
62. Травматический шок. Принципы лечения
63. Устройство наркозной и дыхательной аппаратуры
64. Фармакогенетические аспекты клинической анестезиологии
65. Физические основы наркоза и проблемы физики газовых анестетиков





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

## **7.2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**Промежуточная аттестация проводится в форме зачета**

**Проверяемые компетенции:** ОПК-6.1.1. ОПК-6.1.2. ОПК-6.2.1. ОПК-6.2.3. ОПК-6.2.4. ОПК-6.3.1. ОПК-6.3.2. ОПК-6.3.3. ОПК-7.1.3. ОПК-7.2.1. ОПК-7.2.2. ОПК-7.3.1. ОПК-7.3.2. ОПК-7.3.3. ПК-1.1.5. ПК-1.1.6. ПК-1.1.7. ПК-1.1.8. ПК-1.2.1. ПК-1.2.2. ПК-1.2.3. ПК-1.2.4. ПК-1.3.1. ПК-1.3.2. ПК-1.3.3. ПК-1.3.4. ПК-1.3.5. ПК-1.3.6. ПК-3.1.2. ПК-3.1.3. ПК-3.2.1. ПК-3.2.2. ПК-3.2.3. ПК-3.2.4. ПК-3.3.1. ПК-3.3.2. ПК-3.3.3. ПК-3.3.4.

### **Вопросы для собеседования**

<b>№</b>	<b>Вопросы для промежуточной аттестации студента</b>	<b>Проверяемые компетенции</b>
1.	История развития и организация анестезиолого-реанимационной помощи в РФ.	ОПК-6,7; ПК-1,3
2.	Теории боли, современная концепция боли.	ОПК-6,7; ПК-1,3
3.	Этиология, патогенез и пути проведения боли.	ОПК-6,7; ПК-1,3
4.	Классификация болевых синдромов.	ОПК-6,7; ПК-1,3
5.	Принципы лечения боли.	ОПК-6,7; ПК-1,3
6.	Лекарственные средства, применяемые в целях обезболивания.	ОПК-6,7; ПК-1,3
7.	Теории наркоза.	ОПК-6,7; ПК-1,3
8.	Клиника и стадии общей анестезии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
9.	Компоненты общей анестезии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
10.	Наркозно-дыхательная аппаратура.	ОПК-6,7; ПК-1,3
11.	Ингаляционная анестезия.	ОПК-6,7; ПК-1,3
12.	Неингаляционная общая анестезия.	ОПК-6,7; ПК-1,3
13.	Комбинированная общая анестезия.	ОПК-6,7; ПК-1,3
14.	Основные этапы общей анестезии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
15.	Методы местной анестезии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
16.	Регионарные методы анестезии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
17.	Сочетанная анестезия.	ОПК-6,7; ПК-1,3
18.	Этапы подготовки пациента к анестезиологическому обеспечению.	ОПК-6,7; ПК-1,3
19.	Патофизиология терминальных состояний.	ОПК-6,7; ПК-1,3
20.	Определение понятий «клиническая» и «биологическая» смерть, «терминальное состояние».	ОПК-6,7; ПК-1,3



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

21.	Фазы течения и патофизиологические механизмы танатогенеза.	ОПК-6,7; ПК-1,3
22.	Клиническая характеристика биологической и клинической смерти.	ОПК-6,7; ПК-1,3
23.	Базовая сердечно-легочная реанимация.	ОПК-6,7; ПК-1,3
24.	Показания и противопоказания к проведению реанимационных мероприятий.	ОПК-6,7; ПК-1,3
25.	Обеспечение проходимости дыхательных путей.	ОПК-6,7; ПК-1,3
26.	Наружный массаж сердца.	ОПК-6,7; ПК-1,3
27.	Проведение искусственного дыхания.	ОПК-6,7; ПК-1,3
28.	Автоматическая наружная дефибрилляция.	ОПК-6,7; ПК-1,3
29.	Расширенная (квалифицированная) сердечно-легочная реанимация.	ОПК-6,7; ПК-1,3
30.	Электрическая дефибрилляция.	ОПК-6,7; ПК-1,3
31.	Кардиоверсия.	ОПК-6,7; ПК-1,3
32.	Прекардиальный удар.	ОПК-6,7; ПК-1,3
33.	Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей.	ОПК-6,7; ПК-1,3
34.	Лекарственные средства, применяемые при расширенной СЛР.	ОПК-6,7; ПК-1,3
35.	Особенности СЛР у детей. Прогноз после СЛР.	ОПК-6,7; ПК-1,3
36.	Постреанимационная болезнь.	ОПК-6,7; ПК-1,3
37.	Нормативные документы, регламентирующие порядок проведения реанимационного пособия.	ОПК-6,7; ПК-1,3
38.	Этиология, патогенез классификации и неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности.	ОПК-6,7; ПК-1,3
39.	Ларингоспазм.	ОПК-6,7; ПК-1,3
40.	Астматическое состояние: острый бронхоспазм, астматический статус, сердечная астма.	ОПК-6,7; ПК-1,3
41.	Инородные тела верхних дыхательных путей.	ОПК-6,7; ПК-1,3
42.	Утопление.	ОПК-6,7; ПК-1,3
43.	Пневмоторакс.	ОПК-6,7; ПК-1,3
44.	Ателектаз легких.	ОПК-6,7; ПК-1,3
45.	Массивный экссудативный плеврит.	ОПК-6,7; ПК-1,3
46.	Пневмонии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
47.	Аспирационный синдром.	ОПК-6,7; ПК-1,3
48.	Странгуляционная асфиксия.	ОПК-6,7; ПК-1,3
49.	Острый респираторный дистресс-синдром.	ОПК-6,7; ПК-1,3
50.	Внезапная сердечная смерть.	ОПК-6,7; ПК-1,3
51.	Острый коронарный синдром.	ОПК-6,7; ПК-1,3
52.	Инфаркт миокарда.	ОПК-6,7; ПК-1,3



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

53.	Восстановление коронарной перфузии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
54.	Медикаментозная терапия острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда.	ОПК-6,7; ПК-1,3
55.	Принципы терапии острого инфаркта миокарда правого желудочка.	ОПК-6,7; ПК-1,3
56.	Осложнения острого инфаркта миокарда: острая сердечная недостаточность (левожелудочковая, правожелудочковая); кардиогенный шок, разрыв миокарда, нарушения ритма и проводимости сердца. Осложненный гипертонический криз.	ОПК-6,7; ПК-1,3
57.	Тромбоэмболия легочной артерии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
58.	Неотложные состояния при заболеваниях аорты.	ОПК-6,7; ПК-1,3
59.	Тампонада сердца.	ОПК-6,7; ПК-1,3
60.	Количественные и качественные синдромы нарушения сознания.	ОПК-6,7; ПК-1,3
61.	Оценка уровня сознания.	ОПК-6,7; ПК-1,3
62.	Систематизация видов потери сознания.	ОПК-6,7; ПК-1,3
63.	Неотложная помощь при потере сознания.	ОПК-6,7; ПК-1,3
64.	Внезапная и кратковременная потеря сознания.	ОПК-6,7; ПК-1,3
65.	Внезапная и продолжительная потеря сознания.	ОПК-6,7; ПК-1,3
66.	Острое нарушение мозгового кровообращения. Эпидемиология, определение, виды.	ОПК-6,7; ПК-1,3
67.	Нормативные документы по организации медицинской помощи.	ОПК-6,7; ПК-1,3
68.	Преходящие нарушения мозгового кровообращения: транзиторная ишемическая атака, церебральный гипертонический криз.	ОПК-6,7; ПК-1,3
69.	Мозговой инсульт: ишемический инсульт, геморрагический инсульт.	ОПК-6,7; ПК-1,3
70.	Принципы интенсивной терапии инсульта.	ОПК-6,7; ПК-1,3
71.	Отек головного мозга.	ОПК-6,7; ПК-1,3
72.	Гипертермический синдром.	ОПК-6,7; ПК-1,3
73.	Судорожный синдром.	ОПК-6,7; ПК-1,3
74.	Сахарный диабет.	ОПК-6,7; ПК-1,3
75.	Острые осложнения сахарного диабета.	ОПК-6,7; ПК-1,3
76.	Гипогликемия и гипогликемическая кома.	ОПК-6,7; ПК-1,3
77.	Диабетический кетоацидоз и кетоацидотическая кома.	ОПК-6,7; ПК-1,3
78.	Гиперосмолярное гипергликемическое состояние.	ОПК-6,7; ПК-1,3
79.	Молочнокислый ацидоз (лактатацидоз).	ОПК-6,7; ПК-1,3
80.	Острая надпочечниковая недостаточность.	ОПК-6,7; ПК-1,3
81.	Классификация шоковых состояний.	ОПК-6,7; ПК-1,3



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

82.	Патофизиологические механизмы развития шоковых состояний.	ОПК-6,7; ПК-1,3
83.	Классификация кровотечений.	ОПК-6,7; ПК-1,3
84.	Желудочно-кишечное кровотечение.	ОПК-6,7; ПК-1,3
85.	Синдром острого повреждения желудка.	ОПК-6,7; ПК-1,3
86.	Этиология и патогенез развития геморрагического шока.	ОПК-6,7; ПК-1,3
87.	Клинико-лабораторные проявления степени тяжести геморрагического шока.	ОПК-6,7; ПК-1,3
88.	Интенсивная терапия геморрагического шока.	ОПК-6,7; ПК-1,3
89.	Правила инфузионно-трансфузионной терапии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
90.	Осложнения инфузионной терапии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
91.	Оказание скорой медицинской помощи при ДТП.	ОПК-6,7; ПК-1,3
92.	Особенности оказания скорой медицинской помощи при повреждении различных анатомических областей.	ОПК-6,7; ПК-1,3
93.	Принципы лечения травматического шока.	ОПК-6,7; ПК-1,3
94.	Термические ожоги.	ОПК-6,7; ПК-1,3
95.	Определение степени и площади термического поражения кожи.	ОПК-6,7; ПК-1,3
96.	Ожоговая болезнь.	ОПК-6,7; ПК-1,3
97.	Ожоговый шок.	ОПК-6,7; ПК-1,3
98.	Термоингаляционная травма.	ОПК-6,7; ПК-1,3
99.	Электротравма.	ОПК-6,7; ПК-1,3
100.	Химические ожоги.	ОПК-6,7; ПК-1,3
101.	Солнечный и тепловой удар.	ОПК-6,7; ПК-1,3
102.	Отморожения.	ОПК-6,7; ПК-1,3
103.	Общее охлаждение организма.	ОПК-6,7; ПК-1,3
104.	Этиология и патогенез развития анафилактических и анафилактоидных реакций.	ОПК-6,7; ПК-1,3
105.	Клинические проявления анафилактической реакции.	ОПК-6,7; ПК-1,3
106.	Интенсивная терапия анафилактического шока.	ОПК-6,7; ПК-1,3
107.	Правила госпитализации больных с анафилактическим шоком.	ОПК-6,7; ПК-1,3
108.	Сепсис. Определение, терминология, этиология и патогенез.	ОПК-6,7; ПК-1,3
109.	Клинико-лабораторная характеристика стадий септического процесса.	ОПК-6,7; ПК-1,3
110.	Основные направления интенсивной терапии.	ОПК-6,7; ПК-1,3
111.	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.	ОПК-6,7; ПК-1,3
112.	Физиология и лабораторная диагностика состояния системы гемостаза.	ОПК-6,7; ПК-1,3
113.	Этиология и патогенез ДВС-синдрома.	ОПК-6,7; ПК-1,3



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

114.	Клинико-лабораторная диагностика и интенсивная терапия ДВС-синдрома.	ОПК-6,7; ПК-1,3
115.	Этиология и патогенез острой печеночной недостаточности.	ОПК-6,7; ПК-1,3
116.	Клинико-лабораторная характеристика стадий острой печеночной недостаточности.	ОПК-6,7; ПК-1,3
117.	Интенсивная терапия острой печеночной недостаточности.	ОПК-6,7; ПК-1,3
118.	Острая почечная недостаточность.	ОПК-6,7; ПК-1,3
119.	Перенальная, ренальная, постренальная формы ОПН.	ОПК-6,7; ПК-1,3
120.	Принципы профилактики и лечения ОПН.	ОПК-6,7; ПК-1,3
121.	Экстракорпоральные методы детоксикации. Показания и противопоказания к применению.	ОПК-6,7; ПК-1,3

**ПРИМЕР БИЛЕТА ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО «Волгоградский  
государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра: хирургических дисциплин

Дисциплина: анестезиология, реанимация и интенсивная терапия

Специалитет по специальности лечебное дело,

направленность (профиль) \_\_\_\_\_

Учебный год: 2023-2023

билет № \_\_\_\_

Вопросы:

1. История развития и организация анестезиолого-реанимационной помощи в РФ.
2. Интенсивная терапия острой печеночной недостаточности.
3. Принципы интенсивной терапии инсульта.

М.П.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_ К.Э. Емкужев



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**7.3. Критерии оценки при текущем и промежуточном контроле  
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ**

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетенций по дисциплине	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.	A	100-96	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.	B	95-91	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.	C	90-76	<b>СРЕДНИЙ</b>	4
Дан недостаточно полный и последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно. Слабо овладел компетенциями.	D	75-66	<b>НИЗКИЙ</b>	3





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Слабо овладел компетенциями.</p>	E	65-61	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	3
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Компетенции не сформированы.</p>	F	60-0	<b>НЕ СФОРМИРОВАНА</b>	2

**8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, ПЕРЕЧЕНЬ  
ЛИЦЕНЗИОННОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

№ п/п	Наименование дисциплины в соответствии с учебным планом	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1	<i>Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия</i>	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа: Правый лекционный зал (295) 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11; Уч. корп. №1	Проектор Ноутбук Доска ученическая Столы ученические Стулья ученические Стол для преподавателя Стул преподавателя Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие программе дисциплины, рабочей учебной программе дисциплины	Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870 682. 100 лицензий. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017 Microsoft Open License: 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018.





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

				<p>Microsoft Open License: 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019.</p> <p>Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой.</p> <p>Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»</p> <p>Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017</p> <p>Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»</p> <p>Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно)</p>
2		Учебная аудитория	Проектор	Microsoft Office 365.



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

		<p>для проведения занятий лекционного типа: Левый лекционный зал (294) 357532, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Калинина, дом 11; Уч.корп.№1</p>	<p>Ноутбук          Доска ученическая          Столы ученические          Стулья ученические          Стол для преподавателя          Стул преподавателя          Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие программе дисциплины, рабочей учебной программе дисциплины</p>	<p>Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870 682. 100 лицензий. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017 Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой. Система автоматизации</p>
--	--	--	--	--



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

				<p>управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»</p> <p>Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017</p> <p>Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»</p> <p>Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно)</p>
		<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа: Лекционный зал №14 (27) 357502, Ставропольский край, город Пятигорск, улица Братьев Бернардацци, дом 2; Уч.корп.№3</p>	<p>Моноблок Проектор Доска ученическая Столы ученические Стулья ученические Стол для преподавателя Стул преподавателя Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие программе дисциплины, рабочей учебной программе дисциплины</p>	
		<p>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа,</p>	<p>Стол преподавателя Стул преподавателя Столы ученические Стулья ученические</p>	



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

		<p>групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации:          ауд. №1 (24)          357502,          Ставропольский край, город Пятигорск, улица Пирогова, дом 2          ГБУЗ СК          «Городская клиническая больница» г. Пятигорска          Договор аренды недвижимого имущества №17 от 13.01.2017г.</p>	<p>Доска          Расширенная модель руки для венопункций и инфекций          (Наско/США, LF 01121U Эдванс Ве)          Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий</p>	
		<p>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации:          ауд. №2 (289)          357502,          Ставропольский край, город Пятигорск, улица Пирогова, дом 2          ГБУЗ СК          «Городская клиническая больница» г. Пятигорска          Договор аренды недвижимого имущества №17 от</p>	<p>Стол преподавателя          Стул преподавателя          Столы ученические          Стулья ученические          Доска          Торс манекен имитации родов (роженицы и новорождённого)          (Гаумард Сфйентифик мКом)          Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий</p>	



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

		13.01.2017г.		
		Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: ауд. №3 (423а) 357502, Ставропольский край, город Пятигорск, улица Пирогова, дом 2 ГБУЗ СК «Городская клиническая больница» г. Пятигорска Договор аренды недвижимого имущества №17 от 13.01.2017г.	Стол преподавателя Стул преподавателя Столы ученические Стулья ученические Доска Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий	
		Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: ауд. №29 (134) 357502, Ставропольский край, город Пятигорск, улица Братьев Бернардацци, дом 2. Уч. корп. №3	Доска ученическая Столы ученические Стулья ученические Стол для преподавателя Стул преподавателя	
		Учебная аудитория для проведения	Доска ученическая Столы ученические	



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
 филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
 учреждения высшего образования  
 «Волгоградский государственный медицинский университет»  
 Министерства здравоохранения  
 Российской Федерации**

		<p>занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации:          ауд. № 6 (20)          357502,          Ставропольский край, город Пятигорск, улица Братьев Бернардацци, дом 2. Уч. корп. №3</p>	<p>Стулья ученические          Стол для преподавателя          Стул преподавателя</p>	
		<p>Учебная аудитория для проведения курсового проектирования и самостоятельной работы:          Ауд. № 5(19)          357502,          Ставропольский край, город Пятигорск, улица Братьев Бернардацци, дом 2. Уч. корп. №3</p>	<p>Ноутбуки с выходом в интернет          Интерактивная доска          Доска ученическая          Столы ученические          Стулья ученические          Стол для преподавателя          Стул преподавателя</p>	
		<p>Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования №4 (19 а) 357502,          Ставропольский край, г. Пятигорск, ул. Братьев Бернардацци, дом 2. Уч. корп. №3</p>	<p>Стол ученический          Стул ученический          Шкаф          Полки          Набор демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие программе дисциплины, рабочей учебной</p>	





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

			программе дисциплины	
--	--	--	-------------------------	--

## **9. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Обучение обучающихся с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

**В целях освоения рабочей программы дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:**

- 1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
  - размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме справочной информации о расписании учебных занятий;
  - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
  - выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
- 2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
  - надлежащими звуковыми средствами воспроизведение информации;
- 3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:
  - возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях.

**Образование обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья** может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

### **Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (при наличии)**

Учебно-методические материалы для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Категории студентов	Формы
С нарушением слуха	- в печатной форме; - в форме электронного документа;
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом; - в форме электронного документа; - в форме аудиофайла;
С нарушением опорно-двигательного аппарата	- в печатной форме; - в форме электронного документа; - в форме аудиофайла;

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине.



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

Перечень фондов оценочных средств, соотнесённых с планируемыми результатами освоения образовательной программы для студентов с инвалидностью и с ограниченными возможностями здоровья включает следующие оценочные средства:

Категории студентов	Виды оценочных средств	Формы контроля и оценки результатов
С нарушением слуха	тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С нарушением опорно-двигательного аппарата	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

Студентам с инвалидностью и с ограниченными возможностями здоровья увеличивается время на подготовку ответов к зачёту.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующие этапы формирования компетенций

При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предусматривается использование технических средств, необходимых им в связи с их индивидуальными особенностями. Процедура оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине предусматривает предоставление информации в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Для лиц с нарушениями зрения:

- в печатной форме увеличенным шрифтом;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Для лиц с нарушениями слуха:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа.

Для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

- в печатной форме;
- в форме электронного документа;
- в форме аудиофайла.

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся. При проведении процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по дисциплине (модулю) обеспечивается выполнение следующих дополнительных требований в зависимости от индивидуальных особенностей обучающихся:

1. инструкция по порядку проведения процедуры оценивания предоставляется в доступной форме (устно, в письменной форме);
2. доступная форма предоставления заданий оценочных средств (в печатной форме, в печатной форме увеличенным шрифтом, в форме электронного документа, задания зачитываются ассистентом);



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

3. доступная форма предоставления ответов на задания (письменно на бумаге, набор ответов на компьютере, с использованием услуг ассистента, устно). При необходимости для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) может проводиться в несколько этапов.

Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины. Для освоения дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья предоставляются основная и дополнительная учебная литература в виде электронного документа в фонде библиотеки и/или в электронно-библиотечных системах. А также предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования.

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины. В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумевается две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине. Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья осуществляется с использованием средств обучения общего и специального назначения:

- лекционная аудитория – мультимедийное оборудование, мобильный радиокласс (для студентов с нарушениями слуха); источники питания для индивидуальных технических средств;
- учебная аудитория для практических занятий (семинаров) мультимедийное оборудование, мобильный радиокласс (для студентов с нарушениями слуха);
- учебная аудитория для самостоятельной работы – стандартные рабочие места с персональными компьютерами; рабочее место с персональным компьютером, с программой экранного доступа, программой экранного увеличения и брайлевским дисплеем для студентов с нарушением зрения.

В каждой аудитории, где обучаются инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья, должно быть предусмотрено соответствующее количество мест для обучающихся с учётом ограничений их здоровья.

В учебные аудитории должен быть беспрепятственный доступ для обучающихся инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

## **10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭЛЕКТРОННОГО ОБУЧЕНИЯ И ДИСТАНЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

В соответствии с Положением о порядке применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в Пятигорском медико-фармацевтическом институте – филиале федерального государственного бюджетного образовательного



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, утвержденном Ученым советом 30.08.2019 учебный процесс по настоящей программе может осуществляться с применением дистанционных образовательных технологий (ДОТ) и/или электронного обучения в порядке, установленном федеральными органами исполнительной власти, распорядительными актами ФГБОУ ВолГМУ Минздрава России, ПМФИ – филиала ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России.

**10.1. Реализация основных видов учебной деятельности с применением электронного обучения, ДОТ.**

С применением электронного обучения или ДОТ могут проводиться следующие виды занятий:

Лекция может быть представлена в виде текстового документа, презентации, видеолекции в асинхронном режиме или посредством технологии вебинара – в синхронном режиме. Преподаватель может использовать технологию web-конференции, вебинара в случае наличия технической возможности, согласно утвержденного тематического плана занятий лекционного типа.

Семинарские занятия могут реализовываться в форме дистанционного выполнения заданий преподавателя, самостоятельной работы. Задания на самостоятельную работу должны ориентировать обучающегося преимущественно на работу с электронными ресурсами. Для коммуникации во время семинарских занятий могут быть использованы любые доступные технологии в синхронном и асинхронном режиме, удобные преподавателю и обучающемуся, в том числе чаты в мессенджерах.

Практическое занятие, во время которого формируются умения и навыки их практического применения путем индивидуального выполнения заданий, сформулированных преподавателем, выполняются дистанционно, результаты представляются преподавателю посредством телекоммуникационных технологий. По каждой теме практического занятия обучающийся должен получить задания, соответствующее целям и задачам занятия, вопросы для обсуждения. Выполнение задания должно обеспечивать формирования части компетенции, предусмотренной РПД и целями занятия. Рекомендуется разрабатывать задания, по возможности, персонализировано для каждого обучающегося. Задание на практическое занятие должно быть соизмеримо с продолжительностью занятия по расписанию.

Лабораторное занятие, предусматривающее личное проведение обучающимися натуральных или имитационных экспериментов или исследований, овладения практическими навыками работы с лабораторным оборудованием, приборами, измерительной аппаратурой, вычислительной техникой, технологическими, аналитическими или иными экспериментальными методиками, выполняется при помощи доступных средств или имитационных тренажеров. На кафедре должны быть методически проработаны возможности проведения лабораторного занятия в дистанционной форме.

Самостоятельная работа с использованием дистанционных образовательных технологий может предусматривать: решение ситуационных задач, чтение лекции, презентации и т.д.) просмотр видео-лекций, составление плана текста, графическое изображение структуры текста, конспектирование текста, выписки из текста, работа с электронными словарями, базами данных, глоссарием, wiki, справочниками; ознакомление с нормативными документами; учебно-исследовательскую работу, написание обзора статьи, эссе, разбор лабораторных или инструментальных методов диагностики.



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

Все виды занятий реализуются согласно утвержденного тематического плана. Материалы размещаются в ЭИОС института.

Учебный контент снабжается комплексом пошаговых инструкций, позволяющих обучающемуся правильно выполнить методические требования.

Методические материалы должны быть адаптированы к осуществлению образовательного процесса с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий.

### **10.2. Контроль и порядок выполнения внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся**

Контрольные мероприятия предусматривают текущий контроль по каждому занятию, промежуточную аттестацию в соответствии с рабочей программой дисциплины.

Обучающийся обязан выслать выполненное задание преподавателю начиная с дня проведения занятия и заканчивая окончанием следующего рабочего дня.

Преподаватель обязан довести оценку по выполненному занятию не позднее следующего рабочего дня после получения работы от обучающегося.

Контроль выполнения внеаудиторной самостоятельной работы осуществляется путем проверки реализуемых компетенций согласно настоящей программы и с учетом фондов оценочных средств для текущей аттестации при изучении данной дисциплины. Отображение хода образовательного процесса осуществляется в существующей форме – путем отражения учебной активности обучающихся в кафедральном журнале (на бумажном носителе).

### **10.3. Регламент организации и проведения промежуточной аттестации с применением ЭО и ДОТ**

При организации и проведении промежуточной аттестации с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий кафедры:

- совместно с отделом информационных технологий создает условия для функционирования ЭИОС, обеспечивающей полноценное проведение промежуточной аттестации в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся;

- обеспечивает идентификацию личности обучающегося и контроль соблюдения условий проведения экзаменационных и/или зачетных процедур, в рамках которых осуществляется оценка результатов обучения.

Экзаменационные и/или зачетные процедуры в асинхронном режиме - с учетом аутентификации обучающегося через систему управления обучением (LMS).

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине регламентируется п.6 рабочей программы дисциплины, включая формируемый фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации. Порядок проведения промежуточной аттестации осуществляется в форме:

- Компьютерного тестирования или собеседования с элементами письменной работы

#### **ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ДИСЦИПЛИНЫ**

11.1. Воспитание в ПМФИ – филиале ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России является неотъемлемой частью образования, обеспечивающей систематическое и целенаправленное воздействие на студентов для формирования профессионала в области медицины и фармации как высокообразованной личности, обладающей достаточной профессиональной компетентностью, физическим здоровьем, высокой культурой, способной творчески осуществлять своё социальное и человеческое предназначение.





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

**Целью** воспитательной работы в институте является полноценное развитие личности будущего специалиста в области медицины и фармации при активном участии самих обучающихся, создание благоприятных условий для самоопределения и социализации обучающихся на основе социо-культурных и духовно-нравственных ценностей народов России, формирование у студентов социально-личностных качеств: гражданственности, целеустремленности, организованности, трудолюбия, коммуникабельности.

Для достижения поставленной цели при организации воспитательной работы в институте определяются следующие **задачи**:

- ✓ развитие мировоззрения и актуализация системы базовых ценностей личности;
- ✓ приобщение студенчества к общечеловеческим нормам морали, национальным устоям и академическим традициям;
- ✓ воспитание уважения к закону, нормам коллективной жизни, развитие гражданской и социальной ответственности;
- ✓ воспитание положительного отношения к труду, воспитание социально значимой целеустремленности и ответственности в деловых отношениях;
- ✓ обеспечение развития личности и ее социально-психологической поддержки, формирование личностных качеств, необходимых для эффективной профессиональной деятельности;
- ✓ выявление и поддержка талантливой молодежи, формирование организаторских навыков, творческого потенциала, вовлечение обучающихся в процессы саморазвития и самореализации;
- ✓ формирование культуры и этики профессионального общения;
- ✓ воспитание внутренней потребности личности в здоровом образе жизни, ответственного отношения к природной и социо-культурной среде;
- ✓ повышение уровня культуры безопасного поведения;
- ✓ развитие личностных качеств и установок, социальных навыков и управленческими способностями.

***Направления воспитательной работы:***

- Гражданское,
- Патриотическое,
- Духовно-нравственное;
- Студенческое самоуправление;
- Научно-образовательное,
- Физическая культура, спортивно-оздоровительное и спортивно-массовое;
- Профессионально-трудовое,
- Культурно-творческое и культурно-просветительское,
- Экологическое.

***Структура организации воспитательной работы:***

Основные направления воспитательной работы в ПМФИ – филиале ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России определяются во взаимодействии заместителя директора по учебной и воспитательной работе, отдела по воспитательной и профилактической работе, студенческого совета и профкома первичной профсоюзной организации студентов. Организация воспитательной работы осуществляется на уровнях института, факультетов, кафедр.

***Организация воспитательной работы на уровне кафедры***





**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

На уровне кафедры воспитательная работа осуществляется на основании рабочей программы воспитания и календарного плана воспитательной работы, являющихся частью образовательной программы.

Воспитание, осуществляемое во время аудиторных занятий и самостоятельной работы обучающихся, составляет 75% от всей воспитательной работы с обучающимися в ПМФИ – филиале ВолгГМУ (относительно 25%, приходящихся на внеаудиторную работу).

На уровне кафедры организацией воспитательной работой со студентами руководит заведующий кафедрой.

*Основные функции преподавателей при организации воспитательной работы с обучающимися:*

- ✓ формирование у студентов гражданской позиции, сохранение и приумножение нравственных и культурных ценностей в условиях современной жизни, сохранение и возрождение традиций института, кафедры;
- ✓ информирование студентов о воспитательной работе кафедры,
- ✓ содействие студентам-тьюторам в их работе со студенческими группами;
- ✓ содействие органам студенческого самоуправления, иным объединениям студентов, осуществляющим деятельность в институте,
- ✓ организация и проведение воспитательных мероприятий по плану кафедры, а также участие в воспитательных мероприятиях общевузовского уровня.

*Универсальные компетенции, формируемые у обучающихся в процессе реализации воспитательного компонента дисциплины:*

- Способность осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий;
- Способность управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла;
- Способность организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели;
- Способность применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном языке, для достижения академического и профессионального взаимодействия;
- Способность анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия;
- Способность определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни;
- Способность поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности;
- Способность создавать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности, в том числе при возникновении чрезвычайных ситуаций.



Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

Приложение №2

**АННОТАЦИЯ  
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ,  
ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ»**

**Основная образовательная программа высшего образования 31.05.01 Лечебное дело  
Специальность (уровень специалитета)**

- 1. Общая трудоемкость 108 (3 ЗЕ)**
- 2. Цель дисциплины**

Целью дисциплины является обучить студента основам анестезии, диагностике критических состояний различной этиологии, применению современных методов реанимации и интенсивной терапии при оказании помощи таким больным.

**3. Задачи дисциплины**

- обучить студента принципам анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств и методами обезболивающей терапии;
- обучить студента диагностике критических состояний различной этиологии;
- обучить адекватным методам контроля эффективности и безопасности назначенной терапии пациенту в критическом состоянии у больных хирургического, терапевтического и других профилей;
- воспитание навыков квалифицированного подхода к пациентам с нарушениями жизненно важных функций организма;
- сформировать умения и навыки, необходимые в деятельности врача, для оказания комплекса реанимационных мероприятий при внезапной остановке кровообращения и терминальных состояниях;
- обучить студента современным методам терапии различных критических состояний.

**4. Основные разделы дисциплины**

**Раздел 1 Клиническая анестезиология  
Раздел 2. Клиническая реаниматология  
Раздел 3. Интенсивная терапия**

**5. Результаты освоения дисциплины:**

- **Знать**



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

- организацию и оборудование анестезиолого-реанимационного отделения.
- принципы анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств и методами обезболивающей терапии
- показания к госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии.
- методы контроля жизненно-важных функций организма и способы оценки тяжести состояния у больных, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии.
- методы проведения сердечно-лёгочной реанимации.
- методы проведения электроимпульсной терапии и электрокардиостимуляции.
- методы проведения кислородотерапии и искусственной вентиляции лёгких.
- методы проведения инфузионной терапии, энтерального и парентерального питания, коррекции водно-электролитных нарушений и нарушений кислотно-щелочного равновесия.
- экстракорпоральные методы детоксикации организма.
- критерии постановки диагноза различных неотложных состояний и современные виды интенсивной терапии этих состояний.
- методы подготовки больных к плановому и экстренному оперативному вмешательству

• **Уметь**

- определять показания для госпитализации пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии.
- оценивать показатели жизненно важных функций организма при анестезии и реанимации.
- диагностировать и лечить болевые синдромы.
- определять состояние внезапной остановки кровообращения и необходимую последовательность лечебных мероприятий в зависимости от её вида.
- определять степень поражения ЦНС.
- оценивать объём кровопотери.
- составлять инфузионную программу.
- определять последовательность мероприятий при различных критических состояниях на догоспитальном и госпитальном этапах.
- определять показания к кислородотерапии, инвазивной (ИВЛ) и неинвазивной (НВЛ) вентиляции лёгких, трахеостомии.
- определять показания к инвазивному мониторингу гемодинамики с помощью катетера Swan-Ganz, оценивать его показатели.
- определять показания к электроимпульсной терапии, электрокардиостимуляции.
- оценивать предоперационный риск больного перед плановым и экстренным оперативным вмешательством.
- использовать учебную, научную, нормативную и справочную литературу.
- решать ситуационные задачи, тесты.

• **Иметь навык (опыт деятельности)**

- осмотра, консультирования и подготовки больного к анестезии;
- устранения боли при хирургических, акушерских, терапевтических и диагностических вмешательствах;
- мониторинга и восстановления гомеостаза в периоперационном периоде и при критических состояниях;



**Пятигорский медико-фармацевтический институт –  
филиал федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации**

- обеспечения свободной проходимости дыхательных путей.
- проведения ИВЛ методом вдувания «изо рта в рот», «изо рта в нос», с помощью S-образных трубок, мешком «Амбу».
- проведения непрямого (закрытого) массажа сердца.
- проведения простейших методов реанимации при остановке дыхания и прекращении кровообращения при наличии одного и двух реаниматологов.
- работы простейшим аппаратом для искусственной вентиляции легких.
- работы с инфузوماتом.
- интубации трахеи на манекене.
- проведения инфузионной терапии.
- проведения гемотрансфузии.
- проведения обезболивания при болезненных манипуляциях и травматических повреждениях, коликах, болевом синдроме, обезболивания при транспортировке.
- проведения оксигенотерапии

**6. Перечень компетенций, вклад в формирование которых осуществляет дисциплина**

- готовностью к ведению медицинской документации (ОПК-6);
- готовностью к использованию основных физико-химических, математических и иных естественнонаучных понятий, и методов при решении профессиональных задач (ОПК-7);
- способностью и готовностью 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-1);
- способностью и готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствий и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)

**7. Виды учебной работы Л, ПР, Р, С, Пр Т, Пр, ЗС, С**

**8. Промежуточная аттестация по дисциплине: зачет в В семестре.**