

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООП

по программе ординатуры

31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ

д.м.н., доцент Е.А. Лебедева

«29» 08 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
высшего образования
подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры
31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ
(квалификация врач-анестезиолог-реаниматолог)**

Ростов-на-Дону
2023

Рабочая программа государственной итоговой аттестации высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по специальности **31.08.02 Анестезиология-реаниматология** рассмотрена на заседании кафедры

Анестезиологии и реаниматологии

Протокол от «17» 04 2023 г. № 10

Зав. кафедрой  Е.А. Лебедева

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

3.1 Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает:

- ✓ Образование и наука (в сферах: профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования; научных исследований);
- ✓ Здравоохранение (в сфере анестезиологии и реаниматологии);
- ✓ Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения).

3.2 Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3.3 Типы профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ медицинский;
- ✓ научно-исследовательский;
- ✓ организационно-управленческий;
- ✓ педагогический.
- ✓

3.4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

Деятельность в сфере информационных технологий:

- ✓ использование информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности и соблюдение правил информационной безопасности;

Организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

Педагогическая деятельность:

- ✓ осуществление педагогической деятельности;

Медицинская деятельность:

- ✓ проведение клинической диагностики и обследования пациентов;
- ✓ назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контроль его эффективности и безопасности;
- ✓ проведение в отношении пациентов медицинской экспертизы;
- ✓ проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;
- ✓ проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;
- ✓ участие в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ назначение и проведение анестезиологического пособия пациенту, осуществление контроля его эффективности и безопасности, назначение и проведение профилактики развития осложнений;
- ✓ назначение и проведение искусственного замещения, поддержания и восстановления временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента, назначение и проведение профилактики развития осложнений;
- ✓ назначение мероприятий медицинской реабилитации и проведение контроля их эффективности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-):

Системное и критическое мышление:

- ✓ УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте;

Разработка и реализация проектов:

- ✓ УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им;

Командная работа и лидерство:

- ✓ УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению;

Коммуникация:

- ✓ УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности;

Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение):

- ✓ УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

Общепрофессиональные компетенции (ОПК-):

Деятельность в сфере информационных технологий:

- ✓ ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности;

Организационно-управленческая деятельность:

- ✓ ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

Педагогическая деятельность:

- ✓ ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность;

Медицинская деятельность:

- ✓ ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;
- ✓ ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность;
- ✓ ОПК-6. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;
- ✓ ОПК-7. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;

- ✓ ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала;
- ✓ ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Профессиональные компетенции (ПК-):

Медицинская деятельность:

- ✓ ПК-1. Способен назначать и проводить анестезиологическое пособие пациенту, осуществлять контроль его эффективности и безопасности, назначать и проводить профилактику развития осложнений;
- ✓ ПК-2. Способен назначать и проводить искусственное замещение, поддержание и восстановление временно и обратимо нарушенных функций организма, при состояниях, угрожающих жизни пациента, назначать и проводить профилактику развития осложнений;
- ✓ ПК-3. Способен назначать мероприятия медицинской реабилитации и проводить контроль их эффективности.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры **31.08.02 Анестезиология-реаниматология**.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры **31.08.02 Анестезиология-реаниматология** осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-анестезиолога-реаниматолога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Целью ГИА является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО.

Задачи ГИА: проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности **31.08.02 Анестезиология-реаниматология** проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры **31.08.02 Анестезиология-реаниматология**.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры **31.08.02 Анестезиология-реаниматология**.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Система законодательства об охране здоровья граждан: основные законодательные и нормативные акты, регулирующие охрану здоровья граждан и медицинское страхование в Российской Федерации.
2. Медицинская помощь: виды, формы, условия оказания. Особенности оказания медицинской помощи по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека.
3. Правоспособность и дееспособность граждан (физических лиц).
4. Порядок оказания медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей.
5. Правонарушения при осуществлении медицинской деятельности, ответственность за их совершение, порядок привлечения к ответственности.
6. Врачебная тайна, ее юридические и моральные аспекты. Правовое обеспечение врачебной тайны. Законный порядок разглашения сведений, составляющих врачебную тайну.
7. Качество медицинской помощи и его составляющие. Критерии и методы оценки качества медицинской помощи.
8. Стандарты оказания медицинской помощи: виды стандартов, принципы разработки и внедрения, направления использования.
9. Порядки оказания медицинской помощи: структура, содержание, направления использования.
10. Клинические рекомендации (протоколы ведения больных): структура, содержание, направления использования.
11. Методы экспертных оценок качества медицинской помощи. Организация экспертной работы. Дефекты оказания медицинской помощи.
12. Врачебная комиссия медицинской организации. Консилиум. Цели, основные задачи и функции, порядок формирования, организация работы.
13. Общие принципы организации службы анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии.
14. Нормативные правовые акты, регулирующие деятельность службы анестезиологии и реаниматологии.
15. Законодательные акты, регламентирующие деятельность врача-анестезиолога-реаниматолога.
16. Организация отделения анестезиологии и реаниматологии - структура, документация, штаты, оснащение.
17. Принципы работы отделения анестезиологии и реаниматологии. Клинические показания к госпитализации в отделение анестезиологии и реаниматологии.

18. Учетно-медицинская документация, оформляемая в отделение анестезиологии и реаниматологии. Нормативные правовые акты, регламентирующие оформление медицинской документации.
19. Нормативные правовые акты, регулирующие вопросы оборота сильнодействующих, психотропных и наркотических средств.
20. Контроль за использованием наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в медицинской организации.
21. Болевые синдромы. Шкалы наличия и/или интенсивности боли у взрослых и детей.
22. Фармакотерапия острой и хронической боли. Классификация средств лекарственной терапии боли. Оценка эффективности терапии болевого синдрома.
23. Лечение хронического болевого синдрома у взрослых и детей. Принципы Всемирной организации здравоохранения.
24. Возможные осложнения терапии болевых синдромов, их профилактика и купирование.
25. Обеспечение безопасности пациентов при оказании анестезиолого-реаниматологической помощи. Нормативные правовые акты.
26. Санитарно-эпидемиологическая безопасность медицинского персонала и пациентов. Нормативные правовые акты.
27. Стерилизация и дезинфекция наркозно-дыхательной аппаратуры, инструментария и приспособлений для проведения анестезии.
28. Организация рабочего места в операционной с учетом мер технической и пожарной безопасности.
29. Подготовка к работе и эксплуатации наркозо-дыхательной и аппаратуры мониторингового наблюдения.
30. Клиническая физиология сердечно-сосудистой системы. Сердечный выброс. Преднагрузка. Постнагрузка. Общее периферическое сопротивление, фракция выброса. Понятия. Методы коррекции нарушений.
31. Водно-электролитный обмен. Осмолярность плазмы. Показатели нормы.
32. Нарушения водно-электролитного баланса и осмолярности плазмы. Классификация.
33. Изоосмолярная дегидратация. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
34. Изоосмолярная гипергидратация. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
35. Гиперосмолярная дегидратация. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
36. Гиперосмолярная гипергидратация. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
37. Гипоосмолярная дегидратация. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
38. Гипоосмолярная гипергидратация. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.

39. Кислотно-щелочное состояние. Механизмы поддержания кислотно-основного состояния. Анионный интервал/разница.
40. Нарушения кислотно-основного состояния. Классификация. Диагностика.
41. Метаболический ацидоз. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
42. Респираторный ацидоз. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
43. Метаболический алкалоз. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
44. Респираторный алкалоз. Причины, клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
45. Смешанные нарушения кислотно-основного состояния. Причины, диагностика, принципы интенсивной терапии.
46. Взаимосвязь между водно-электролитным обменом и кислотно-основным состоянием.
47. Фармакодинамика и сравнительная характеристика ингаляционных анестетиков, их преимущества и недостатки. Клиническое применение.
48. Фармакодинамика и сравнительная характеристика неингаляционных анестетиков, их преимущества и недостатки. Клиническое применение.
49. Фармакодинамика и сравнительная характеристика местных анестетиков, их преимущества и недостатки. Клиническое применение.
50. Фармакодинамика и сравнительная характеристика наркотических анальгетиков, нейролептиков и транквилизаторов. Анальгезия и седация. Клиническое применение.
51. Мышечные релаксанты. Фармакодинамика, классификация, клиническое применение.
52. Инфузионная терапия. Показания к применению. Методика проведения. Контроль эффективности. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
53. Особенности инфузионной терапии у пациентов детского и старческого возраста, при сопутствующих заболеваниях, в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы.
54. Фармакодинамика и сравнительная характеристика адрено-допаминиметиков и кардиомиметических препаратов, их преимущества и недостатки. Клиническое применение.
55. Тромбопрофилактика. Показания к применению. Методика проведения. Контроль эффективности. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
56. Периоперационная антибиотикопрофилактика. Показания к применению. Методика проведения. Контроль эффективности. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

57. Антибиотикотерапия эмпирическая и целенаправленная. Показания к применению. Методика проведения. Контроль эффективности. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
58. Энтеральное и парентеральное питание. Показания к применению. Методика проведения. Контроль эффективности. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
59. Законодательные акты, утверждающие правила клинического использования компонентов крови. Документы, которые необходимо оформить врачу, проводящему трансфузию (переливание) компонентов крови.
60. Основные виды реакций и осложнений, возникающих у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) компонентов крови. Документы, оформляемые при возникновении реакций или осложнений у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) компонентов крови.
61. Пробы, которые необходимо провести, перед проведением трансфузии (переливания) компонентов крови. Документы, регламентирующие проведение проб. Признаки реакций или осложнения трансфузии при переливании (трансфузии) компонентов крови под наркозом.
62. Медицинские показания к трансфузии (переливанию) эритроцитсодержащих компонентов крови. Правила переливания эритроцитсодержащих компонентов крови.
63. Медицинские показания для назначения переливаний свежезамороженной плазмы и криопреципитата. Правила проведения трансфузии (переливания) свежезамороженной плазмы.
64. Мониторинг системы дыхания и кровообращения в период выполнения анестезиологического обеспечения операций, диагностических и лечебных процедур, требующих обезболивания и интенсивной терапии.
65. Реанимация и интенсивная терапия при белково-энергетической недостаточности. Рефидинг синдром.
66. Реабилитация пациентов в отделении анестезиологии и реаниматологии. Контроль эффективности. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
67. Ультразвуковые методы мониторинга при экстренных и неотложных состояниях в работе анестезиолога-реаниматолога. Ультразвуковая навигация.
68. Влияние анестезии на основные функциональные системы организма. Мониторинг состояния пациента во время операции и анестезии. Критерии адекватности анестезии.
69. Оценка общего состояния больного и тяжести состояния. Шкалы. Выбор анестезиологического пособия. Определение операционно-анестезиологического риска.
70. Методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к плановой и экстренной операции и анестезии. Премедикация: цели, используемые препараты, оценка эффективности.
71. Тотальная внутривенная анестезия. Внутривенная аналгезия. Внутривенная аналгезия, контролируемая пациенткой. Методика проведения.

Показания и противопоказания. Ошибки, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

72. Комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона). Методика проведения. Показания и противопоказания. Опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

73. Комбинированный эндотрахеальный наркоз. Методика проведения. Показания и противопоказания. Опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

74. Местная, ирригационная, аппликационная, инфильтрационная анестезия. Методика проведения. Показания и противопоказания. Ошибки, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

75. Регионарная анестезия. Методика проведения. Показания и противопоказания. Ошибки, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

76. Блокады передней брюшной стенки. Методика проведения. Показания и противопоказания. Ошибки, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

77. Спинальная (субарахноидальная) анестезия. Спинальная аналгезия. Методика проведения. Показания и противопоказания. Ошибки, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

78. Эпидуральная анестезия. Эпидуральная аналгезия. Эпидуральная аналгезия, контролируемая пациенткой. Методика проведения. Показания и противопоказания. Ошибки, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

79. Спино-эпидуральная анестезия. Спинально-эпидуральная аналгезия. Методика проведения. Показания и противопоказания. Ошибки, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

80. Сочетанная анестезия. Методика проведения. Показания и противопоказания. Ошибки, опасности и осложнения, их профилактика и лечение.

81. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Положительные и отрицательные эффекты ИВЛ. Показания к ИВЛ.

82. Основные параметры вентиляции: дыхательный объем, частота дыхания, минутный объем дыхания, давление в дыхательных путях (максимальное, плато, движущее), положительное давление в конце выдоха, фракция кислорода в дыхательной смеси, чувствительность триггера, частота дыхания, соотношение вдоха к выдоху, поток. Выбор параметров вентиляции.

83. Режимы вентиляции. Показания, методика проведения. Осложнения ИВЛ, их профилактика и лечение. Мониторинг.

84. Протективная вентиляция легких, показания, вентилятор индуцированное повреждение легких.

85. Неинвазивная вентиляция легких, высокопоточная оксигенация. Параметры. Показания к применению. Методика проведения. Контроль эффективности. Осложнения, их профилактика и лечение.

86. Техника интубации трахеи. Оценка верхних дыхательных путей и прогнозирование возможных трудностей. Основные принципы подготовки к прогнозируемой и непрогнозируемой ситуации «трудных дыхательных путей». Стратегии интубации/вентиляции.
87. Методика быстрой индукции и быстрой интубации. Показания к применению. Методика проведения. Контроль эффективности. Осложнения, их профилактика и лечение.
88. Принудительная вентиляция легких лицевой маской. Методика проведения. Показания к применению. Контроль эффективности. Осложнения, их профилактика и лечение.
89. Принудительная вентиляция легких через надгортанные воздухопроводные устройства, ларингеальную маску. Показания к применению. Методика проведения. Контроль эффективности. Осложнения, их профилактика и лечение.
90. Чрезкожная катетеризация трахеи, лаваж трахеобронхиального дерева, санационная бронхоскопия. Показания, методика проведения.
91. Коникотомия. Трахеостомия. Показания, методика операции, уход за трахеостомой.
92. Катетеризация периферических и центральных вен. Показания, методика проведения. Осложнения, их профилактика и лечение. Ультразвуковая навигация.
93. Осложнения анестезии со стороны сердечно-сосудистой системы. Профилактика и лечение.
94. Осложнения анестезии со стороны дыхательной системы. Профилактика и лечение.
95. Осложнения нейроаксиальной анестезии: Токсичность местных анестетиков. Тотальная спинальная анестезия. Анафилактический шок на введение местных анестетиков. Диагностика. Лечение. Профилактика.
96. Кислотно-аспирационный синдром (синдром Мендельсона). Профилактика и лечение.
97. Реакции немедленного типа при анестезии. Профилактика и лечение.
98. Специальные методы, применяемые в анестезиологии (управляемая гипотония, искусственная гипотермия, искусственное и вспомогательное кровообращение). Методика проведения. Показания к применению.
99. Наблюдение и лечение в периоде выхода больного из анестезии, а также в ближайшем послеоперационном периоде до полного восстановления жизненно важных функций.
100. Выбор метода анестезии и ее особенности в абдоминальной хирургии (в том числе, и при лапароскопических операциях).
101. Выбор метода анестезии и особенности интенсивной терапии у пациента с перитонитом.
102. Выбор метода анестезии и особенности интенсивной терапии у пациента с кишечной непроходимостью.
103. Выбор метода анестезии и особенности интенсивной терапии у пациента с панкреонекрозом.

104. Выбор метода анестезии и ее особенности в торакальной хирургии.
105. Выбор метода анестезии и ее особенности при операциях на сердце и магистральных сосудах.
106. Выбор метода анестезии и ее особенности при операциях в гинекологии.
107. Интенсивная терапия и анестезия при кровопотере в акушерстве.
108. Интенсивная терапия и анестезия при преэклампсии и ее осложнениях (эклампсия, HELLP-синдром).
109. Интенсивная терапия и анестезия при эмболии околоплодными водами.
110. Аналгезия в родах.
111. Анестезиологическое пособие при операции Кесарево сечение.
112. Выбор метода анестезии и ее особенности при операциях в нефроурологии.
113. Выбор метода анестезии и ее особенности при нейрохирургических операциях.
114. Выбор метода анестезии и ее особенности при операциях в оториноларингологии.
115. Выбор метода анестезии и ее особенности при операциях в офтальмологии.
116. Выбор метода анестезии и ее особенности в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.
117. Общая анестезия при краткосрочных хирургических вмешательствах, эндоскопических и диагностических исследованиях.
118. Выбор метода анестезии и особенности интенсивной терапии у пострадавших с механической травмой.
119. Выбор метода анестезии и особенности интенсивной терапии у пострадавших с сочетанной травмой.
120. Выбор метода анестезии и особенности интенсивной терапии у обожженных.
121. Выбор метода анестезии и ее особенности при экстренных хирургических операциях.
122. Особенности анестезиологического пособия у больных с сопутствующей патологией органов кровообращения.
123. Особенности анестезиологического пособия у больных с сопутствующей патологией органов дыхания.
124. Особенности анестезиологического пособия у больных с сопутствующей патологией печени и почек.
125. Особенности анестезиологического пособия при эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, тиреотоксикоз, феохромоцитома, миастения).
126. Выбор метода анестезии и ее особенности у детей.
127. Выбор метода анестезии и ее особенности у больных пожилого и старческого возраста.
128. Применение экстракорпоральных методов лечения остро развившихся временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента: фильтрационных; сорбционных; обменных; модификационных.

129. Применение экстракорпоральных методов лечения остро развившихся временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента: экстракорпоральной мембранной оксигенации; аортальной баллонной контрпульсации; низкоинтенсивной лазеротерапии (внутривенного облучения крови); перитонеального диализа; энтеросорбции; плазмафереза; гемодиализа; альбуминового гемодиализа; гемофильтрации крови. Суть методов, показания к применению, методика проведения, осложнения.

130. Применение экстракорпоральных методов лечения остро развившихся временно и обратимо нарушенных функций организма при состояниях, угрожающих жизни пациента: ультрафильтрации крови; ультрафиолетового облучения крови; гемосорбции; иммунсорбции; эритроцитафереза; гемодиафильтрации; операции заменного переливания крови; реинфузии крови; непрямого электрохимического окисления крови. Суть методов, показания к применению, методика проведения, осложнения.

131. Остановка кровообращения. Признаки. Виды нарушений ритма при остановке кровообращения. Причины.

132. Расширенная сердечно-легочная реанимация при нарушениях ритма, требующих дефибриляции. Пошаговый алгоритм. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

133. Расширенная сердечно-легочная реанимация при нарушениях ритма, не требующих дефибриляции. Пошаговый алгоритм. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

134. Сердечно-легочная реанимация новорожденных. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

135. Сердечно-легочная реанимация грудных детей до 1 года (старше 1 мес), детей от 1 года до пубертатного периода. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

136. Особенности сердечно-легочной и церебральной реанимации у беременных. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

137. Контроль за состоянием пострадавшего в случае проведения успешной сердечно-легочной реанимации.

138. Постреанимационная болезнь. Стадии. Принципы интенсивной терапии.

139. Показания к прекращению реанимации. Этические и социально-правовые проблемы, связанные с прекращением реанимации. Нормативные акты, регламентирующие оформление документации.

140. Шок. Виды. Причины. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

141. Гиповолемический шок. Виды. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

142. Геморрагический шок. Массивная кровопотеря. Диагностика. Экстренная медицинская помощь. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи (в том числе в акушерстве и гинекологии).

143. Травматический геморрагический шок. Диагностика. Экстренная медицинская помощь. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
144. Травматический гиповолемический шок. Ожоговый шок. Диагностика. Экстренная медицинская помощь. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
145. Гиповолемический шок в результате критического уменьшения объема циркулирующей плазмы без острой кровопотери. Диагностика. Экстренная медицинская помощь. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
146. Кардиогенный шок. Виды. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
147. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда, осложненным кардиогенным шоком и отеком легких. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
148. Нарушения ритма сердечной деятельности, сопровождающиеся острой сердечно-сосудистой недостаточностью. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
149. Дистрибутивно-перераспределительный шок. Виды. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
150. Анафилактический шок. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
151. Септический шок. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
152. Нейрогенный шок. Повреждение спинного мозга. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
153. Обструктивный шок. Виды. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
154. Тактика оказания экстренной медицинской помощи при напряженном пневмотораксе и тампонаде сердца. Диагностика. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
155. Тромбоэмболия в бассейне легочной артерии. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
156. Гипертонический криз. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
157. Обструктивная дыхательная недостаточность. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
158. Астматический статус. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
159. Рестриктивная дыхательная недостаточность. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

160. Респираторный дистресс-синдром. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
161. Пневмония. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
162. Нарушения сознания. Виды. Причины. Диагностика. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
163. Комы. Причины. Диагностика. Шкалы. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
164. Когнитивные дисфункции в интенсивной терапии. Причины. Диагностика. Шкалы. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
165. Черепно-мозговая травма. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
166. Отек головного мозга. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
167. Судорожный синдром. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
168. Острая почечная недостаточность, острое повреждение почек. Виды. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
169. Острая печеночная недостаточность. Виды. Причины. Портальная гипертензия. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
170. Нарушения свертывающей системы крови. Коагулопатии. Виды. Причины. Диагностика. Принципы интенсивной терапии. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
171. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (ДВС-синдром). Этиология, патогенез, клиника. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
172. Острые осложнения сахарного диабета. Виды. Причины. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
173. Кетоацидотическое состояние (острые осложнения сахарного диабета). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
174. Гиперосмолярное состояние (острые осложнения сахарного диабета). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
175. Лактоацидотическое состояние (острые осложнения сахарного диабета). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
176. Гипогликемическое состояние (острые осложнения сахарного диабета). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

177. Феохромоцитомный криз. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
178. Недостаточность надпочечников. Аддисонический криз. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
179. Тиреотоксический криз. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
180. Гипофизарная кома. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
181. Миастенический и холинэргический кризы. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
182. Столбняк. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
183. Холера. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
184. Ботулизм. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
185. Гипертермический синдром. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи. Злокачественная гипертермия.
186. Виды экзогенных отравлений. Общие принципы диагностики и интенсивной терапии.
187. Отравление алкоголем и его суррогатами (метиловым спиртом, этиленгликолем, изопропиловым спиртом). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
188. Отравление органическими растворителями, галогенпроизводными алифатических и ароматических углеводородов (бензин, жидкость для зажигалок, керосин, клеи, нафталин, парафин, растворители, пятновыводители, скипидар, полироли, 1,2-дихлоэтан, четыреххлористый углерод, 1,1,2-трихлорэтилен). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
189. Отравление антибиотиками системного действия (изониазид, рифампицин), гормонами, их синтетическими заменителями и антагонистами (пероральными гипогликемическими средствами: производными сульфонилмочевины и бигуанидинов). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
190. Отравление опиоидными анальгезирующими, жаропонижающими и противоревматическими средствами (парацетамол, ацетилсалициловая кислота, нестероидные противовоспалительные препараты). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

191. Отравление метилксантинами, препаратами, действующими преимущественно на сердечно - сосудистую систему (сердечными гликозидами, β – блокаторами, блокаторами кальциевых каналов, клонидином). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
192. Отравление петлевыми и тиазидными диуретиками. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
193. Отравление органическими и неорганическими соединениями тяжелых металлов и мышьяка. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
194. Отравление наркотиками и психодислептиками [галлюциногенами]. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
195. Отравление противосудорожными, седативными, снотворными и противопаркинсоническими средствами, психотропными средствами. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
196. Отравления кислотами (органические и неорганические), щелочами, окислителями (перманганат калия, перекись водорода). Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
197. Отравление фосфором и его соединениями, фосфорорганическими и карбаматными инсектицидами. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
198. Отравление окисью углерода, другими газами, дымами и парами. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
199. Отравление змеиным ядом, ядовитыми грибами. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.
200. Интенсивная терапия при голодовой и электротравме. Диагностика. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задача (задание) 1.

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. Какие записи должен делать врач анестезиолог-реаниматолог в протоколе предоперационного осмотра при оценке верхних дыхательных путей пациента и прогнозировании возможных трудностей.

Ответ: При отсутствии признаков прогноза риска трудных дыхательных путей врач анестезиолог-реаниматолог должен сделать запись: «Признаков прогноза риска трудной интубации нет». В случае выявления высокого риска трудной интубации трахеи анестезиолог должен сделать в истории болезни запись с перечислением признаков, указывающих на возможную трудную интубацию. Кроме того, необходимо указать план предполагаемых действий по обеспечению проходимости верхних дыхательных путей: в операционную взят клинок с изменяющейся геометрией, в операционную вызван врач эндоскопического кабинета.

Задача (задание) 2.

Больная поступила в стационар 2 дня назад. На фоне основной патологии состояние пациентки с отрицательной динамикой. Снижение уровня сознания до уровня оглушение (шкала комы Глазго 13), температура 39,2 градусов Цельсия, число дыханий 50 в мин., в легких с обеих сторон дыхание ослаблено, пульс - 125 уд. в мин., АД - 90/60 мм рт.ст. Определите тактику своих действий для уточнения диагноза и оказания неотложной помощи.

Ответ. Решение вопроса о переводе больной в отделение реанимации. Начать ингаляцию увлажненного кислорода через лицевую маску. При отсутствии эффекта перевод на ИВЛ. С целью исключения внебольничной пневмонии больной показана рентгенограмма легких, проведение антибиотикотерапии.

Задача (задание) 3.

Больному с диагнозом язва желудка, язвенное кровотечение проведена остановка кровотечения эндоскопическим методом. Однако по данным фиброгастроскопии, оценка риска рецидива кровотечения по Форесту 2В (организованный сгусток крови на источнике). Риск рецидива кровотечения высок. При осмотре анестезиологом-реаниматологом обращает на себя внимание бледность кожного покрова и покрытие липким потом. АД = 90 мм рт. ст., частота пульса 110 в мин. Общий анализ крови: уровень гемоглобина 69 г/л, гематокрит 0,28. Группа крови и резус-фактор пациента определены в лаборатории больницы. Какие пробы должен провести трансфузиолог при проведении переливания компонентов крови у больного.

Ответ. При переливании эритроцитсодержащих компонентов донорской крови проводится контрольная проверка группы крови донора и реципиента по системе АВО, пробы на индивидуальную совместимость на плоскости и в пробирке, биологическая проба.

Задача (задание) 4.

Больному с диагнозом язва желудка, язвенное кровотечение проведена остановка кровотечения эндоскопическим методом. Однако по данным фиброгастроскопии, оценка риска рецидива кровотечения по Форесту 2В (организованный сгусток крови на источнике). Риск рецидива кровотечения высок. При осмотре анестезиологом-реаниматологом обращает на себя внимание бледность кожного покрова и покрытие липким потом. АД = 90 мм рт. ст., частота пульса 110 в мин. Общий анализ крови: уровень гемоглобина 69 г/л, гематокрит 0,28. Группа крови и резус-фактор пациента определены в лаборатории

больницы. Признаки реакции или осложнения трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов под наркозом.

Ответ. Усиливающаяся без видимых причин кровоточивость в операционной ране, снижение артериального давления, учащение пульса, изменение цвета мочи при катетеризации мочевого пузыря.

Задача (задание) 5.

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. Какой вид анестезии будет оптимальным в данной ситуации?

Ответ: 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 необходимости применения наркотических анальгетиков
6. Для ропамида не выявлено тератогенного действия
7. Меньшая степень вероятности развития аспирационного синдрома.

Задача (задание) 6.

У Пациента 58 лет, находящегося на лечении в ОРИТ с диагнозом: острый геморрагический панкреатит, о. флегмонозный холецистит, нагноившаяся киста поджелудочной железы, было выполнено оперативное вмешательство : лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха, дренирование нагноившейся кисты поджелудочной железы, дренирование брюшной полости. Из анамнеза известно, что пациент хронически злоупотребляет алкоголем. Через 8 часов после оперативного лечения врач ОРИТ констатирует у пациента сильное возбуждение , пациент пытается удалить дренажные трубки и венозный катетер, встает с постели, не реагирует на замечания мед. персонала. Потребовалась фиксация и частые словесные напоминания о необходимости ограничения поведения. Врач ОРИТ принял решение о проведении седативной терапии. Перечислите препараты для проведения седации пациентов в условиях ОРИТ. Какой из препаратов вы бы выбрали для седации данного пациента с учетом основного диагноза и характера сопутствующей патологии.

Ответ: Средствами для проведения седации в условиях ОРИТ являются: дексметомедин, пропофол, ингаляционные анестетики , мидазолам. Мидазолам и дексметомидин являются препаратами выбора у данного пациента.

Задача (задание) 7.

У Пациента 58 лет, находящегося на лечении в ОРИТ с диагнозом: острый геморрагический панкреатит, о. флегмонозный холецистит, нагноившаяся киста поджелудочной железы, было выполнено оперативное вмешательство : лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха, дренирование нагноившейся кисты поджелудочной железы, дренирование брюшной полости. Из анамнеза известно, что пациент хронически злоупотребляет алкоголем. Через 8 часов после оперативного лечения врач ОРИТ констатирует у пациента сильное возбуждение , пациент пытается удалить дренажные трубки и венозный катетер, встает с постели, не реагирует на замечания мед. персонала. Потребовалась фиксация и частые словесные напоминания о необходимости ограничения поведения. Врач ОРИТ принял решение о проведении седативной терапии. Перечислите препараты для проведения седации пациентов в условиях ОРИТ. Опишите возможные отрицательные побочные эффекты седативных препаратов, которые могут развиваться у данного пациента.

Ответ: Отрицательные побочные эффекты седативных препаратов в ОРИТ:

- развитие толерантности к препаратам
- избыточный седативный эффект при комбинировании лекарственных средств (полипрагмазия)
- нарушение перистальтики желудочно-кишечного тракта
- появление симптомов отмены
- когнитивный дефицит

Задача (задание) 8.

Мужчина 45 лет поступил в приемное отделение с жалобами на боли в животе, потерю аппетита, тошноту, рвоту. При сборе анамнеза отмечает, что боли появились в эпигастральной области вчера и постепенно боль мигрировала в правый нижний квадрант живота. Пациент находится в позе эмбриона (на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями). При осмотре живот доскообразный. Перистальтических шумов нет. Симптом Мак-Берни, симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Воскресенского и симптом Ровзинга положительны. Антибактериальными лекарственными препаратами какой группы проведете профилактику инфекционных осложнений за 30 минут до хирургического вмешательства? Из анамнеза: месяц назад переболел ангиной, по поводу чего принимал антибактериальные лекарственные препараты.

Ответ: Данный пациент относится ко второй группе стратификации госпитализированных пациентов по риску наличия резистентных возбудителей, так как в ближайшие 90 дней предшествовала антибактериальная терапия. Данный тип пациента имеет риск наличия устойчивых Gr(-) возбудителей (БЛРС-продуценты) без риска наличия MRSA или *Pseudomonas/Acinetobacter* spp. Поэтому применима тактика деэскалационной эмпирической антибактериальной терапии с включением двух антибактериальных препаратов. Первый - это Карбапенем I группы (зртапенем) или Фторхинолон или Цефепим или Пиперациллин/Дазобактам или Тигециклин. Второй антибактериальный препарат - метронидазол.

Задача (задание) 9.

Мужчина 45 лет поступил в приемное отделение с жалобами на боли в животе, потерю аппетита, тошноту, рвоту. При сборе анамнеза отмечает, что боли появились в эпигастральной области вчера и постепенно боль мигрировала в правый нижний квадрант живота. Пациент находится в позе эмбриона (на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями). При осмотре живот доскообразный. Перистальтических шумов нет. Симптом Мак-Берни, симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Воскресенского и симптом Ровзинга положительны. Методика измерения внутрибрюшного давления. Нормальные значения данного показателя.

Ответ: Для измерения давления в мочевом пузыре используют катетер Фолея, прозрачную трубку от системы для переливания крови, линейку или специальный гидроманометр. При измерении пациент находится на спине. В асептических условиях в мочевой пузырь вводится катетер Фолея, раздувается его баллончик. В мочевой пузырь, после его полного опорожнения, вводится до 25 мл физиологического раствора. Катетер пережимается дистальнее места измерения, и к нему подключается прозрачная трубочка от системы. Уровень давления в брюшной полости оценивается по отношению к нулевой отметке – верхнему краю лонного сочленения. У здорового взрослого человека внутрибрюшное давление составляет от 0 до 5 мм рт.ст. У взрослых пациентов в критическом состоянии внутрибрюшное давление до 7 мм.рт.ст. также считается нормальным. При ожирении, беременности и некоторых других состояниях возможен хронический подъем внутрибрюшного давления до 10–15 мм рт.ст., к которым человек успевает адаптироваться и которые не играют большой роли по сравнению с резким повышением внутрибрюшного давления.

Задача (задание) 10.

У Больного 84 лет, находящегося в ОРИТ после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Какие обратимые физиологические причины необходимо исключить либо корректировать у пациента до начала седации?

Ответ: Седацию возбужденного пациента в критическом состоянии можно начинать только после обеспечения адекватной анальгезии на фоне лечения обратимых физиологических причин (гипоксемии, гипогликемии, гипотензии, алкогольной или наркотической абстиненции).

Задача (задание) 11.

У Больного 84 лет, находящегося в ОРИТ после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Какими шкалами вы можете воспользоваться для достоверной оценки возбуждения/седации пациента?

Ответ: Ричмондская шкала возбуждения-седации (RASS) и Riker (SAS) – наиболее информативные и надежные шкалы для оценки качества и глубины седации у пациентов в ОРИТ.

Задача (задание) 12.

У Больного 84 лет, находящегося в ОРИТ после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Какой уровень седации (По классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA) будет по вашему мнению оптимальным для лечения данного пациента?

Ответ: По классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA) седация различается по уровню:

- минимальная седация (анксиолизис) – пациент находится в состоянии бодрствования, контактирует с врачом, но познавательная функция и координация могут быть нарушены;
- умеренная седация – депрессия сознания, при которой пациенты реагируют на словесный или легкий тактильный стимул, способны к сотрудничеству, не требуется поддержки проходимости дыхательных путей, адекватное спонтанное дыхание и функция сердечно-сосудистой системы сохранены;
- глубокая седация – пациенты не могут быть легко пробуждены, но реагируют на повторный или болезненный стимул, может потребоваться поддержка проходимости дыхательных путей, спонтанное дыхание может быть нарушено, функция сердечно-сосудистой системы сохранена.

Для данного пациента оптимальным является минимальный уровень седации после проведения адекватного обезболивания.

Задача (задание) 13.

У Больного 84 лет, находящегося в ОРИТ после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Какие методы нефармакологической седации возможно использовать у данного пациента?

Ответ: Нефармакологическая седация включает:

- Удаление ненужных инфузионных линий и трубок
- Убрать или минимизировать фиксацию пациента
- Обеспечение нормального цикла сна (обеспечить естественный сон ночью, соблюдать режим сна, не будить ранее, чем через 90 минут, регулярные перерывы в уходе (60 – 90 минут), массаж спины 5 – 10 минут, создать спокойное окружение, темноту, не включать свет, использовать естественные маркеры для сна – окно или регулировка свет/темнота.

Задача (задание) 14.

У Больного 84 лет, находящегося в ОРИТ после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Предложите алгоритм седации данного пациента.

Ответ: Алгоритм должен быть составлен с учетом концепции аналгоседации, учитывать пожилой возраст пациента и должен включать:

- оценку боли (с учетом традиционных шкал оценки боли);
- выбор анальгетика при проведении обезболивания (в данном случае предпочтение должно быть отдано препарату группы НПВС)
- выбор стратегии седации (применение нефармакологической седации, минимальная медикаментозная седация)
- выбор седативного препарата, обеспечивающего минимальный уровень седации (бензодиазепины в сниженных дозах).

Задача (задание) 15.

У Пациента 58 лет, находящегося на лечении в ОРИТ с диагнозом: острый геморрагический панкреатит, о. флегмонозный холецистит, нагноившаяся киста поджелудочной железы, было выполнено оперативное вмешательство : лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха, дренирование нагноившейся кисты поджелудочной железы, дренирование брюшной полости. Из анамнеза известно, что пациент хронически злоупотребляет алкоголем. Через 8 часов после оперативного лечения врач ОРИТ констатирует у пациента сильное возбуждение , пациент пытается удалить дренажные трубки и венозный катетер, встает с постели, не реагирует на замечания мед. персонала. Потребовалась фиксация и частые словесные напоминания о необходимости ограничения поведения. Врач ОРИТ принял решение о проведении седативной терапии. Определите цель и показания к седации у данного пациента.

Ответ: Практически все пациенты в ОРИТ нуждаются в проведении адекватной седации в силу различных причин, среди которых необходимость выполнения инвазивных процедур, нарушение циркадных ритмов сна и бодрствования, тяжесть общего состояния, необходимость респираторной поддержки. Адекватная седация препятствует развитию стрессовой реакции, беспокойства, обеспечивает комфорт и повышает переносимость интубации трахеи и искусственной вентиляции легких, а также облегчает уход за больным.

Недостаточная седация приводит к посттравматическим стрессовым расстройствам, наблюдаемым у 15-27% пациентов палат реанимации, существенно ухудшающим качество их жизни.

Цели седации:

- улучшить комфорт и безопасность пациента и его окружения;
- обеспечить реализацию диагностических и лечебных действий в оптимальных комфортных и безопасных для больного условиях;
- улучшить состояние больного и устранить последствия, связанные с определенной патологией;
- обеспечить необходимый уход.

Показания к седации:

- устранение возбуждения и его отрицательных последствий
- устранение и предупреждение делирия
- лечение синдрома отмены алкоголя

Задача (задание) 16.

У Пациента 58 лет, находящегося на лечении в ОРИТ с диагнозом: острый геморрагический панкреатит, о. флегмонозный холецистит, нагноившаяся киста поджелудочной железы, было выполнено оперативное вмешательство : лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха, дренирование нагноившейся кисты поджелудочной железы, дренирование брюшной полости. Из анамнеза известно, что пациент хронически злоупотребляет алкоголем. Через 8 часов после оперативного лечения врач ОРИТ констатирует у пациента сильное возбуждение , пациент пытается удалить дренажные трубки и венозный катетер, встает с постели, не реагирует на замечания мед. персонала. Потребовалась фиксация и частые словесные напоминания о необходимости ограничения поведения. Врач ОРИТ принял решение о проведении седативной терапии. Какими основными правилами седации вы будите руководствоваться?

Ответ: Основные правила седации в ОРИТ: Седацию возбужденного пациента в критическом состоянии можно начинать только после обеспечения адекватной анальгезии на фоне лечения обратимых физиологических причин (гипоксемии, гипогликемии, гипотензии, алкогольной или наркотической абстиненции). Предупреждение боли эффективнее, чем лечение уже имеющейся боли. Исключить наличие обструкции верхних дыхательных путей. Соблюдение порядка седации в ОРИТ с использованием протокола назначения седативных препаратов. Использование всех доступных методов нефармакологической седации.

Задача (задание) 17.

У Пациента 58 лет, находящегося на лечении в ОРИТ с диагнозом: острый геморрагический панкреатит, о. флегмонозный холецистит, нагноившаяся киста поджелудочной железы, было выполнено оперативное вмешательство : лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха, дренирование нагноившейся кисты поджелудочной железы, дренирование брюшной полости. Из анамнеза известно, что пациент хронически злоупотребляет алкоголем. Через 8 часов после оперативного лечения врач ОРИТ констатирует у пациента сильное возбуждение , пациент пытается удалить дренажные трубки и венозный катетер, встает с постели, не реагирует на замечания мед. персонала. Потребовалась фиксация и частые словесные напоминания о необходимости ограничения

поведения. Врач ОРИТ принял решение о проведении седативной терапии. Опишите порядок проведения седации данному пациенту в ОРИТ.

Ответ: Порядок проведения седации пациентов в ОРИТ: Начать терапевтическую седацию → обеспечить естественный цикл сна → улучшить окружающую обстановку → проводить систематическую оценку пациента (боль, седация, делирий) → ведение протокола применения препаратов → выполнение ежедневных пробных пробуждений → оценка и коррекция проводимой терапии → уменьшение боли, возбуждения, лечение делирия → выздоровление.

Задача (задание) 18.

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. Субарахноидальная анестезия 0,5% - 3 мл раствора бупивакаина спинал обеспечила удовлетворительное обезболивание. Анестезия наступила с уровня Th VII. Через 45 мин после начала операции развились беспокойство, тошнота, рвота, одышка, цианоз, сначала тахи-, а затем брадикардия, на фоне гипертензии. Основные направления лечения ТУР - синдрома.

Ответ: Лечение “ТУР — синдрома” заключается в как можно более быстром проведении мероприятий, направленных на устранение гиперволемии, гипергидратации и дисэлектролитемии. Назначаются диуретики (осмотические диуретики — маннитол, сорбитол, сорбилакт), салуретики, гемодиализация. Осуществляется коррекция дефицита натрия: осторожно вводится 10% раствор натрия хлорида в дозе увеличивающей уровень Na^+ не быстрее чем 1 ммоль/час до появления клинического эффекта или возмещение концентрации натрия до 130 ммоль/л. 1 ммоль Na^+ содержится в 0,6 мл 10% раствора натрия хлорида, в 1 мл 10% раствора натрия хлорида содержится 1,7 ммоль Na^+ . Расчет дефицита Na^+ в ммоль = $(\text{Na}^+_{\text{норма}} - \text{Na}^+_{\text{пациента}}) \times \text{масса тела (кг)} \times 0,2$. Например, для пациента 70 кг для повышения уровня Na^+ не быстрее чем на 1 ммоль/час нужно вводить 8,4 мл 10% раствора натрия хлорида. При быстрой компенсации недостатка натрия существует опасность нарушения функций ствола мозга.

Задача (задание) 19.

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. Какова анестезия выбора при трансуретральной резекции предстательной железы?

Ответ: Спинальная на уровне II-III поясничных позвонков или эпидуральная анестезия на уровне VIII-XI грудных позвонков служит методом выбора для большинства больных, которым требуется операция трансуретральной резекции предстательной железы.

Задача (задание) 20.

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. Особенности периоперационного мониторинга?

Ответ: В периоперационном периоде необходимо обеспечить мониторинг состояния плода: Кардиотокография-мониторинг, УЗИ-контроль состояния маточно-плацентарного кровотока и плода.

Задача (задание) 21.

У Больного 84 лет, находящегося в лечебном учреждении после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в

сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом, психиатром. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Какие обратимые физиологические причины необходимо исключить либо корректировать у пациента до начала седации? Какие обратимые физиологические причины необходимо исключить либо корректировать у пациента до начала седации?

Ответ: Седацию возбужденного пациента можно начинать только после обеспечения адекватной аналгезии на фоне лечения обратимых физиологических причин (гипоксемии, гипогликемии, гипотензии, алкогольной или наркотической абстиненции).

Задача (задание) 22.

У Больного 84 лет, находящегося в лечебном учреждении после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом, психиатром. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Какими шкалами вы можете воспользоваться для достоверной оценки возбуждения/седации пациента?

Ответ: Ричмондская шкала возбуждения-седации (RASS) и Riker (SAS) – наиболее информативные и надежные шкалы для оценки качества и глубины седации у пациентов в ОРИТ.

Задача (задание) 23.

У Больного 84 лет, находящегося в лечебном учреждении после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом, психиатром. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Какой уровень седации (По классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA) будет по вашему мнению оптимальным для лечения данного пациента?

Ответ: По классификации Американской ассоциации анестезиологов (ASA) седация различается по уровню:

- минимальная седация (анксиолизис) – пациент находится в состоянии бодрствования, контактирует с врачом, но познавательная функция и координация могут быть нарушены;
- умеренная седация – депрессия сознания, при которой пациенты реагируют на словесный или легкий тактильный стимул, способны к сотрудничеству, не требуется поддержки проходимости дыхательных путей, адекватное спонтанное дыхание и функция сердечно-сосудистой системы сохранены;
- глубокая седация – пациенты не могут быть легко пробуждены, но реагируют на повторный или болезненный стимул, может потребоваться поддержка проходимости дыхательных путей, спонтанное дыхание может быть нарушено, функция сердечно-сосудистой системы сохранена.

Для данного пациента оптимальным является минимальный уровень седация после проведения адекватного обезболивания.

Задача (задание) 24.

У Больного 84 лет, находящегося в лечебном учреждении после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом, психиатром. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Какие методы нефармакологической седации возможно использовать у данного пациента?

Ответ: Нефармакологическая седация включает:

- Удаление ненужных инфузионных линий и трубок
- Убрать или минимизировать фиксацию пациента
- Обеспечение нормального цикла сна (обеспечить естественный сон ночью, соблюдать режим сна, не будить ранее, чем через 90 минут, регулярные перерывы в уходе (60 – 90 минут), массаж спины 5 – 10 минут, создать спокойное окружение, темноту, не включать свет, использовать естественные маркеры для сна – окно или регулировка свет/темнота.

Задача (задание) 25.

У Больного 84 лет, находящегося в лечебном учреждении после лапаротомии по поводу острой полной толстокишечной непроходимости, разлитого калового перитонита, на вторые сутки после оперативного вмешательства отмечаются возбуждение, частые бессмысленные движения, пытается удалить трубки, катетеры. Об-но: Формально в сознании, жалуется на боли в животе, тревожен и психомоторно возбужден, успокаивается в процессе разговора с врачом. Зрачки симметричные. Фотореакция сохранена. Движения в конечностях в полном объеме. Менингеальные симптомы не определяются. Патологические рефлексы не определяются. Осмотрен невропатологом, психиатром. Неврологический статус без особенностей. Рекомендована седация пациенту. Предложите алгоритм седации данного пациента.

Ответ: Алгоритм должен быть составлен с учетом концепции аналгоседации, учитывать пожилой возраст пациента и должен включать:

- оценку боли (с учетом традиционных шкал оценки боли);
- выбор анальгетика при проведении обезболивания (в данном случае предпочтение должно быть отдано препарату группы НПВС)
- выбор стратегии седации (применение нефармакологической седации, минимальная медикаментозная седация)
- выбор седативного препарата, обеспечивающего минимальный уровень седации (бензодиазепины в сниженных дозах).

Задача (задание) 26.

Пациенту 65 лет планируется провести лапароскопию, холецистэктомию. Сопутствующая патология сахарный диабет 2 типа, компенсация уровня глюкозы достигается двукратным (утренним и вечерним) введением инсулина продолжительного действия. На момент предоперационного осмотра анестезиолога-реаниматолога выраженных нарушений в соматическом статусе нет, уровень глюкозы плазмы 6 ммоль/л. Является ли данная патология противопоказанием к проведению операции? Определите степень анестезиологического риска по ASA.

Ответ: Данная патология не является противопоказанием к проведению операции. Степень анестезиологического риска по ASA - 3.

Задача (задание) 27.

Пациенту 65 лет планируется провести лапароскопию, холецистэктомию. Сопутствующая патология сахарный диабет 2 типа, компенсация уровня глюкозы достигается двукратным (утренним и вечерним) введением инсулина продолжительного действия. На момент предоперационного осмотра анестезиолога-реаниматолога выраженных нарушений в

соматическом статусе нет, уровень глюкозы плазмы 6 ммоль/л. В периоперационном периоде риск развития каких осложнений повышен?

Ответ: Метаболической декомпенсации с развитием диабетического кетоацидоза, раневых и системных инфекций, инфаркт миокарда, застойной сердечной недостаточности, тромбоэмболии, артериальной гипотонии, почечной недостаточности, атонии желудка и кишечника, атонии мочевого пузыря и гипогликемии.

Задача (задание) 28.

Пациенту 65 лет планируется провести лапароскопию, холецистэктомию. Сопутствующая патология сахарный диабет 2 типа, компенсация уровня глюкозы достигается двухкратным (утренним и вечерним) введением инсулина продолжительного действия. На момент предоперационного осмотра анестезиолога-реаниматолога выраженных нарушений в соматическом статусе нет, уровень глюкозы плазмы 6 ммоль/л. Какие целевые значения гликемии в периоперационном периоде и отделении анестезиологии и реаниматологии необходимо поддерживать с целью снижения смертности, сокращения сроков госпитализации, уменьшения частоты инфекционных осложнений.

Ответ: Целевые значения глюкозы плазмы у тяжелых больных, находящихся в отделении анестезиологии и реаниматологии должны быть в пределах 4,4 – 10 ммоль/л.

Задача (задание) 29.

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 «трудных дыхательных путей», «трудной интубации», как часто она встречается.

Ответ: Определение «трудные дыхательные пути» охватывает все клинические ситуации, когда специалист испытывает трудности с обеспечением эффективной вентиляции через лицевую маску, трудности с интубацией трахеи или обе проблемы одновременно. Интубация считается трудной в случае, если анестезиологу потребовалось более 2 попыток прямой ларингоскопии для выполнения успешной интубации. 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.

Задача (задание) 30.

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. Какие прогностические шкалы применяются для оценки риска сложной интубации.

Ответ: Для оценки вероятности «трудной интубации» используется комплекс прогностических шкал и признаков

1. Тест Маллампати (Mallampati) в модификации Samsoon, 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 шее.
4. Степень разгибания головы и шеи в атланто-окципитальном сочленении.

5. Степень открывания рта.

6. Подвижность нижней челюсти.

7. Общая оценка телосложения: ожирение, пневмосклероз, тучность, беременность, сахарный диабет, обменные нарушения опорно-двигательного аппарата, которые могут повлиять на интубацию.

Задача (задание) 31.

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. Какая анестезиологическая тактика в данной ситуации.

Ответ: 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), смену клинка ларингоскопа с изменяющейся геометрией, фиброоптическую интубацию, назотрахеальную интубацию, коникотомю, трахеостомию, реверс нейромышечного блока препаратом сугаммадекс, пробуждение больного и изменение срока плановой операции.

Задача (задание) 32.

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. Рекомендуемое содержимое укладки для обеспечения проходимости верхних дыхательных путей.

Ответ: Клинки ларингоскопа различной формы и размера, включая клинки с изменяемой геометрией; эндотрахеальные трубки разного размера и дизайна; проводники для эндотрахеальных трубок; ригидные ларингоскопы с каналом для вентиляции, не прямые ригидные оптические устройства (оптические стилеты, видеоларингоскопы с традиционными и специальными клинками для трудной интубации); надгортанные воздуховодные устройства различного размера, обеспечивающие вентиляцию, интубацию, возможность дренирования желудка, ларингеальные маски (интубационная ларингеальная маска, другие устройства (комбинированные трахео-пищеводные трубки, ларингеальные трубки, безманжеточные устройства); интубационный фиброскоп или гибкий интубационный видеоэндоскоп; набор для выполнения пункционной крикотиреотомии, катетеризации трахеи и проведения транстрахеальной оксигенации, вентиляции или струйной высокочастотной искусственной вентиляции легких; набор для хирургической крикотиреотомии; капнограф или портативный детектор выдыхаемого CO₂.

Задача (задание) 33.

Мужчина в возрасте 79 лет был направлен на операцию трансуретральной резекции предстательной железы по поводу её гипертрофии. За 6 лет до операции он перенёс инфаркт миокарда, после выздоровления не ощущал боли за грудиной и сердцебиений. Принимает дигоксин в поддерживающих дозах (0,25 мг/сут). В анамнезе есть указание на аллергию к новокаину. При физикальном обследовании было обнаружено сглаживание

поясничного лордоза с ограничением сгибательных и разгибательных движений позвоночника.

- Какой вид анестезии наиболее показан данному больному?

- Каковы противопоказания к спинальной анестезии?

Ответ. – субарахноидальная анестезия;

- 1) несогласие больного;
- 2) внутричерепная гипертензия;
- 3) инфицирование тканей в месте пункции;
- 4) аллергия к местным анестетикам;
- 5) гиповолемия;
- 6) коагулопатии;
- 7) приём антикоагулянтов.

Задача (задание) 34.

Мужчина в возрасте 73 лет был направлен на операцию по поводу опухоли правой руки. В прошлом он трижды перенёс инфаркт миокарда, последний из них - за 10 лет до операции. Больной ежедневно принимал дигоксин в малых дозах, изосорбида динитрит, анаприлин. На ЭКГ у него были признаки частичной левосторонней передней блокады, блокада правой ветви пучка Гиса. За 3 мес. до операции при проведении вводного наркоза у него развилась тяжёлая брадикардия и гипотензия, грозившие остановкой сердца. Больного удалось спасти, но все перечисленные причины послужили основанием для отказа оперировать его под общей анестезией.

- Каковы критерии при выборе подхода к блокаде плечевого сплетения?

- Каковы противопоказания к проведению анестезии плечевого сплетения?

Ответ. - Выбор одного из вариантов подхода к плечевому сплетению зависит от опасности возможных при этом подходе осложнений, места операции и возможностей анестезиолога. надключичный подход обеспечивает наиболее адекватную анестезию руки, однако в 2% случаев этот подход осложняется пневмотораксом, что ограничивает распространение этого метода. Интерскаленный подход обеспечивает обезболивание проксимального отдела руки, но анестезия её дистальных отделов часто остаётся недостаточной. Аксиллярный подход позволяет надёжно обезболить дистальные отделы, но анестезия проксимальных участков при этом часто остаётся неполной.

- 1) инфекция в месте инъекции;
- 2) опухоли в подмышечной области и в лимфатических узлах;
- 3) истощённые лёгочные резервы (для надключичного и межлестничного подхода);
- 4) предсуществующие болезни периферической нервной системы.

Задача (задание) 35.

Мужчина 45 лет поступил в приемное отделение с жалобами на боли в животе, потерю аппетита, тошноту, рвоту. При сборе анамнеза отмечает, что боли появились в эпигастральной области вчера и постепенно боль мигрировала в правый нижний квадрант живота. Пациент находится в позе эмбриона (на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями). При осмотре живот доскообразный. Перистальтических шумов нет. Симптом Мак-Берни, симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Воскресенского и симптом Ровзинга положительны. Поставьте предварительный диагноз.

Ответ: Острый аппендицит с генерализованным перитонитом (с прободением, разрывом, разлитым перитонитом).

Задача (задание) 36.

Мужчина 45 лет поступил в приемное отделение с жалобами на боли в животе, потерю аппетита, тошноту, рвоту. При сборе анамнеза отмечает, что боли появились в эпигастральной области вчера и постепенно боль мигрировала в правый нижний квадрант живота. Пациент находится в позе эмбриона (на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями). При осмотре живот доскообразный. Перистальтических

шумов нет. Симптом Мак-Берни, симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Воскресенского и симптом Ровзинга положительны. Какой план обследования необходимо провести?

Ответ: Не позднее 1 часа от момента поступления в стационар осмотр врачом-хирургом, общий (клинический) анализ крови, развернутый анализ крови биохимический общетерапевтический (билирубин, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, мочевины, амилаза, глюкоза), общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости.

Задача (задание) 37.

Мужчина 45 лет поступил в приемное отделение с жалобами на боли в животе, потерю аппетита, тошноту, рвоту. При сборе анамнеза отмечает, что боли появились в эпигастральной области вчера и постепенно боль мигрировала в правый нижний квадрант живота. Пациент находится в позе эмбриона (на правом боку с согнутыми и подтянутыми к животу нижними конечностями). При осмотре живот доскообразный. Перистальтических шумов нет. Симптом Мак-Берни, симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Воскресенского и симптом Ровзинга положительны. Какой план лечения необходимо произвести и сроки проведения?

Ответ: Не позднее 2 часов от момента установления диагноза необходимо выполнить хирургическое вмешательство (при отсутствии медицинских противопоказаний - наличие септического шока, который требует предоперационной подготовки в условиях отделения реаниматологии); провести профилактику инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами за 30 минут до хирургического вмешательства; начать проведение дезинтоксикационной терапии не позднее 2 часов от момента поступления в стационар; выполнить бактериологическое исследование экссудата из брюшной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам.

Задача (задание) 38.

У роженицы во время родов возникли повышение АД, тахикардия, затем - боли за грудиной, страх смерти, затруднение дыхания, цианоз. Через 2 часа после рождения мертвого плода возникли отек легких, ДВС. Ваш предположительный диагноз?

Ответ: Эмболия амниотической жидкостью.

Задача (задание) 39.

У роженицы во время родов возникли повышение АД, тахикардия, затем - боли за грудиной, страх смерти, затруднение дыхания, цианоз. Через 2 часа после рождения мертвого плода возникли отек легких, ДВС. Неотложные состояния, требующие дифференциальной диагностики с эмболией амниотической жидкостью.

Ответ: Эклампсия, эмболия (воздухом, жиром, тромбами), инфаркт миокарда, послеродовая кардиомиопатия, анафилактический шок, острое кровотечение.

Задача (задание) 40.

У роженицы во время родов возникли повышение АД, тахикардия, затем - боли за грудиной, страх смерти, затруднение дыхания, цианоз. Через 2 часа после рождения мертвого плода возникли отек легких, ДВС. Методы клинической диагностики.

Ответ: Электрокардиография, эхокардиография, рентген легких, коагулограмма, тромбоэластограмма, анализ крови биохимический с уровнем кардиоспецифичных ферментов (КФК-МБ, тропонин Т или I).

Задача (задание) 41.

У роженицы во время родов возникли повышение АД, тахикардия, затем - боли за грудиной, страх смерти, затруднение дыхания, цианоз. Через 2 часа после рождения мертвого плода возникли отек легких, ДВС. Интенсивная терапия возникших нарушений.

Ответ: 1. При первом подозрении на эмболию амниотической жидкостью:

- гидрокортизон 500 мг внутривенно, затем каждые 6 часов (до 2 г/24 ч) или

- преднизолон в дозе 360–420 мг, через 10–15 минут 280–360 мг внутривенно из расчета суммарной дозы 700–800 мг/сут, в последующие 2 суток назначают по 30 мг преднизолона 4 раза в сутки;

2. Лечение левожелудочковой недостаточности: фуросемид, ингаляция увлажненного кислорода через лицевую маску;

3. Лечение ДВС - консервативный гемостаз: ингибиторы фибринолиза (транексамовая кислота, аprotинин), компоненты крови (свежезамороженную плазму, криопреципитат, тромбоцитную массу и VII фактора свертывания крови).

Задача (задание) 42.

У родильницы во время родов возникли повышение АД, тахикардия, затем - боли за грудиной, страх смерти, затруднение дыхания, цианоз. Через 2 часа после рождения мертвого плода возникли отек легких, ДВС. Перечислите клинические и лабораторно-инструментальные показания к интубации и проведению ИВЛ.

Ответ: Остановка сердца; апноэ или брадипноэ (<8 в минуту); гипоксическое угнетение сознания; истощение (усталость) основных и вспомогательных дыхательных мышц; прогрессирующий цианоз и влажность кожного покрова; прогрессирующая тахикардия гипоксического генеза; прогрессирующий отек легких; прогрессирующая гипоксемия, рефрактерная к кислородотерапии; $PaO_2 < 60$ мм рт.ст. (<65 мм рт.ст. при потоке кислорода более 5 л/мин), $SaO_2 < 90\%$, $PaCO_2 > 55$ мм рт.ст...

Задача (задание) 43.

Пациенту 65 лет планируется провести лапароскопию, холецистэктомию. Сопутствующая патология сахарный диабет 2 типа, компенсация уровня глюкозы достигается двухкратным (утренним и вечерним) введением инсулина продолжительного действия. На момент предоперационного осмотра анестезиолога-реаниматолога выраженных нарушений в соматическом статусе нет, уровень глюкозы плазмы 6 ммоль/л. Алгоритм ведения большинства пациентов с сахарным диабетом в периоперационном периоде.

Ответ: Во время операции определять гликемию ежечасно; до и во время операции – инфузия 5–10 % раствора глюкозы (при уровне глюкозы плазмы > 14–15 ммоль/л глюкозу не вводят), непрерывная в/в инфузия инсулина со скоростью от 0,2 до 6 ед/час в зависимости от уровня глюкозы крови.

Задача (задание) 44.

Пациенту 65 лет планируется провести лапароскопию, холецистэктомию. Сопутствующая патология сахарный диабет 2 типа, компенсация уровня глюкозы достигается двухкратным (утренним и вечерним) введением инсулина продолжительного действия. На момент предоперационного осмотра анестезиолога-реаниматолога выраженных нарушений в соматическом статусе нет, уровень глюкозы плазмы 6 ммоль/л. Почему в периоперационном периоде следует избегать тяжелой гипогликемии.

Ответ: Тяжелая гипогликемия в периоперационном периоде провоцирует развитие ПИТ-синдрома (синдрома «После Интенсивной Терапии»), с увеличением частота развития когнитивных и нейромышечных нарушений. Поддержание уровня гликемии в пределах целевых значений (4,4-10 ммоль/л) является компонентом реабилитации на этапе пребывания в отделении анестезиологии и реаниматологии.

Задача (задание) 45.

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 физиологии беременных могут иметь значение для анестезиолога при неакушерских операциях?

Ответ: 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. Многофакторные изменения при визуализации гортани - 10-кратное увеличение риска неудачной интубации
8. Повышение ИМТ и объема распределения - повышенный риск пробуждения во время общей анестезии.

Задача (задание) 46.

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. В чем заключаются особенности при оформлении медицинской документации и выборе метода анестезиологического пособия?

Ответ: 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.

Задача (задание) 47.

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. Особенности в проведении анестезии при неакушерских операциях у беременной женщины?

Ответ: Избегать гипоксии и гипотензии и гипероксии у матери:

- Материнская гипоксия приводит к снижению маточноплацентарного кровотока и перфузии плода, вызывает гипоксемию и ацидоз, а впоследствии- дистресс и гибель плода.
- Материнская гиперкапния приводит к ацидозу плода, депрессии миокарда плода и гипотонии.
- Респираторный или метаболический алкалоз матери ведет к сдвигу кривой диссоциации оксигемоглобина влево и вызывает сужение артерии пуповины.

Задача (задание) 48.

Вам необходимо оценить состояние мужчины 73 лет, который упал, находясь дома. Известно, что ранее пациент перенес ОНМК, после которого у него сохранялся гемипарез, однако больной мог передвигаться с помощью ходунков. Больной принимает варфарин в связи с постоянной формой мерцательной аритмии. Так как при госпитализации его сознание было угнетено, выполнена компьютерная томография головного мозга. Вы отметили, что в ответ на болевые раздражители больной стонет и открывает глаза.



- Оцените РКТ головного мозга.

- Как вы оцените уровень сознания пациента?
- Выработайте план лечения.

Ответ. Оценка уровня сознания. Уровень сознания больного можно оценить по шкале ком Глазго (ШКГ). У данного больного по ШКГ — (4 + 2 + 2) — 8 баллов из 15 возможных.

Дальнейшая терапия. Так как по шкале ком Глазго больной оценен на 8 баллов, вероятнее всего, он не сможет самостоятельно обеспечить защиту верхних дыхательных путей. При наличии соответствующих условий необходимо выполнить интубацию трахеи и перевести больного на ИВЛ. Его необходимо седатировать, заинтубировать и перевести на ИВЛ для обеспечения нормальных значений $p\text{CO}_2$, $p\text{O}_2$, АД и поддерживать церебральное перфузионное давление выше 70 мм рт. ст.

Варфарин является пероральным антикоагулянтом, используемым для профилактики тромбозов периферических вен и тромбоэмболий, вызванных фибрилляцией предсердий. Пациенты, принимающие варфарин, более склонны к развитию внутричерепных кровоизлияний даже после внешне кажущейся легкой травмы головы. Любая задержка с проведением РКТ головного мозга в этом случае может ухудшить исход. Для пациентов, принимающих варфарин, показания к проведению РКТ головного мозга расширены, по сравнению с пациентами без изменений гемостаза. Значение МНО составило 5,0, то есть протромбиновое время в пять раз длиннее, чем в нормальном образце крови. Эффект от терапии варфарином необходимо нивелировать как можно быстрее путем введения витамина К, свежезамороженной плазмы или концентрата протромбинового комплекса. Если необходимо оперативное вмешательство, после оценки тяжести повреждений, качества жизни и вероятности хорошего восстановления, больного следует перевести в региональный нейрохирургический центр для дальнейшего обследования и лечения. Нейрохирургическая бригада установит датчик внутричерепного давления, внешний желудочковый дренаж, или эвакуирует гематому.

Задача (задание) 49.

За территорией больницы 45-летний мужчина внезапно упал. Ваши действия.

Ответ. Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего. Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи. Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?».

Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!». Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего. Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки. Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути. Определить признаки жизни. Приблизить ухо к губам пострадавшего. Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего. Считать вслух до 10. Вызвать специалиста (СМП), сообщив: «Координаты места происшествия. Количество пострадавших. Пол. Примерный возраст. Состояние пострадавшего. Предположительная причина состояния. Объем Вашей помощи». Начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких в соотношении 30:2.

Задача (задание) 50.

За территорией больницы ребенок в возрасте 10 лет внезапно упал. Ваши действия.

Ответ. Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего. Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи. Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?».

Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!». Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего. Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки. Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути. Определить признаки жизни. Приблизить ухо к губам пострадавшего. Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего. Считать вслух до 10. Вызвать специалиста (СМП), сообщив: «Координаты места происшествия. Количество пострадавших. Пол. Примерный возраст. Состояние пострадавшего. Предположительная причина состояния. Объем Вашей помощи». Начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких в соотношении 30:2.

Задача (задание) 51.

За территорией больницы ребенок в возрасте 5 лет внезапно упал. Ваши действия.

Ответ. Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего. Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи. Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?».

Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!». Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего. Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки. Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути. Определить признаки жизни. Приблизить ухо к губам пострадавшего. Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего. Считать вслух до 10. Вызвать специалиста (СМП), сообщив: «Координаты места происшествия. Количество пострадавших. Пол. Примерный возраст. Состояние пострадавшего. Предположительная причина состояния. Объем Вашей помощи». Начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких в соотношении 30:2.

Задача (задание) 52.

За территорией больницы ребенок в возрасте 15 лет внезапно упал. Ваши действия.

Ответ. Убедиться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего. Осторожно встряхнуть пострадавшего за плечи. Громко обратиться к нему: «Вам нужна помощь?».

Призвать на помощь: «Помогите, человеку плохо!». Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего. Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки. Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути. Определить признаки жизни. Приблизить ухо к губам пострадавшего. Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего. Считать вслух до 10. Вызвать специалиста (СМП), сообщив: «Координаты места происшествия. Количество пострадавших. Пол. Примерный возраст. Состояние пострадавшего. Предположительная причина состояния. Объем Вашей помощи». Начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких в соотношении 30:2.

Задача (задание) 53.

В приемном отделении 45-летний мужчина внезапно упал на пол. Больной без сознания, дыхание не определяется, пульс не прощупывается. Ваши действия.

Ответ. Позвать на помощь, вызвать реанимационную бригаду, сообщив: «Координаты места нахождения. Пол. Примерный возраст. Состояние пострадавшего. Предположительная причина состояния. Объем Вашей помощи». Начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких в соотношении 30:2. Если в приемном отделении есть автоматический дефибриллятор, активировать его и следовать его голосовым командам.

Задача (задание) 54.

У больной при наличии постоянного электрокардиостимулятора произошла остановка дыхания и потеря сознания. Ваши действия.

Ответ. Убедиться в отсутствии пульса на сонных артериях. Позвать на помощь. Начать непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких в соотношении 30:2. Если в приемном отделении есть автоматический дефибриллятор, активировать его и следовать его голосовым командам.

Задача (задание) 55.

У 20-летнего пациента после приступа кашля появилась резкая боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, одышка. Дыхательные шумы слева не прослушиваются, перкуторно там же - высокий тимпанический звук; глухие тоны сердца выслушиваются справа от грудины. Предположительный диагноз и причины, неотложные мероприятия.

Ответ. У больного развился напряженный пневмоторакс вследствие разрыва врожденной легочной буллы или бронхиальной астмы. Необходимо придать возвышенное положение головному концу кровати, проводить ингаляцию кислорода и срочно дренировать левую плевральную полость.

Задача (задание) 56.

Через несколько минут после введения лекарственного препарата внутримышечно состояние пациентки резко ухудшилось. Появилась осиплость в голосе. Больная отмечает, что ей тяжело дышать. При осмотре отмечается нарастающий отек лица и шеи. АД = 80/60 мм рт.ст. Пульс более 100 в 1 минуту. Аускультативно - хрипы на выдохе. Поставьте диагноз. Окажите неотложную помощь. Определите дальнейшую тактику.

Ответ. Анафилактический шок (на введение лекарственного препарата). Терапия. В/м адреналин 0,3 мг. Доступ к вене. В\в струйно адреналин 0,1% - 0,4 в 5,0 мл 0,9% р-ра NaCl (в разведении 1:10) медленно, дробно. Преднизолон 90 мг (3 ампулы) или дексаметазон 16 мг (4 амп) в 20 мл 0,9% р-р NaCl медленно. 100% Увлажненный кислород. При сохранении явлений бронхоспазма аминофиллин в/в струйно медленно: дозу 4-8 мг/кг вводят в течение 20 мин. Экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Задача (задание) 57.

Мужчина 35 лет, найден в палате лежащим на полу без движений в состоянии комы. При обследовании: следы рвоты на одежде, сознание отсутствует. Зрачки обычной величины, слабо реагируют на свет. Роговичные рефлексы сохранены. Болевая чувствительность снижена. Ригидности затылочных мышц нет. Наружных повреждений нет. Цианоз губ, акроцианоз. В легких много грубых сухих хрипов, больше справа. ЧДД - 12 в минуту. Пульс - 60 в минуту, АД - 90/ 50 мм.рт.ст. Проведены исследования: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л, мочевины - 4,9 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, калий - 3,6 ммоль/л, ЭКГ - синусовый ритм. Рентгенография легких: затемнение без четких границ над правой диафрагмой.

-Какая возможная причина комы?

-Как объяснить затемнение в правом легком?

-Какое требуется неотложное лечение?

Ответ: ОНМК. Аспирация рвотными массами. Наладить ингаляцию кислорода. Перевод в реанимационное отделение. Консультация невролога, КТ головного мозга.

Задача (задание) 58.

Мужчина 35 лет, найден в палате лежащим на полу без движений в состоянии комы. При обследовании: следы рвоты на одежде, сознание отсутствует. Зрачки обычной величины, слабо реагируют на свет. Роговичные рефлексы сохранены. Болевая чувствительность снижена. Ригидности затылочных мышц нет. Наружных повреждений нет. Цианоз губ, акроцианоз. В легких много грубых сухих хрипов, больше справа. ЧДД - 12 в минуту. Пульс - 60 в минуту, АД - 90/ 50 мм.рт.ст. Проведены исследования: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л, мочевины - 4,9 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, калий - 3,6 ммоль/л, ЭКГ - синусовый ритм. Рентгенография легких: затемнение без четких границ над правой диафрагмой.

-Лечение аспирационного синдрома?

Ответ: Провести интубацию трахеи, провести санацию трахеи при помощи отсасывателя, подключить ИВЛ. Вызвать врача эндоскопического кабинета для проведения санационной бронхоскопии.

Задача (задание) 59.

Мужчина 35 лет, найден в палате лежащим на полу без движений в состоянии комы. При обследовании: следы рвоты на одежде, сознание отсутствует. Зрачки обычной величины, слабо реагируют на свет. Роговичные рефлексы сохранены. Болевая чувствительность снижена. Ригидности затылочных мышц нет. Наружных повреждений нет. Цианоз губ, акроцианоз. В легких много грубых сухих хрипов, больше справа. ЧДД - 12 в минуту. Пульс - 60 в минуту, АД - 90/ 50 мм.рт.ст. Проведены исследования: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л, мочевины - 4,9 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, калий - 3,6 ммоль/л, ЭКГ - синусовый ритм. Рентгенография легких: затемнение без четких границ над правой диафрагмой. Какие исследования должны быть сделаны в обязательном порядке для проведения дифференциальной диагностики заболевания?

Ответ: Осмотр врачом-неврологом, компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головы, компьютерно-томографическая ангиография и/или магнитно-резонансная ангиография и/или рентгеноконтрастная ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном кровоизлиянии), определение уровня глюкозы в периферической крови, определение уровня тромбоцитов в крови, определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени, спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости (при наличии менингеальной симптоматики и отсутствии признаков кровоизлияния по данным компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головы), консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от момента установления диагноза внутричерепного кровоизлияния, начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар, стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар, оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH, мониторинг жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза), определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST.

Задача (задание) 60.

Мужчина 35 лет, найден в палате лежащим на полу без движений в состоянии комы. При обследовании: следы рвоты на одежде, сознание отсутствует. Зрачки обычной величины, слабо реагируют на свет. Роговичные рефлексы сохранены. Болевая чувствительность снижена. Ригидности затылочных мышц нет. Наружных повреждений нет. Цианоз губ, акроцианоз. В легких много грубых сухих хрипов, больше справа. ЧДД - 12 в минуту. Пульс - 60 в минуту, АД - 90/ 50 мм.рт.ст. Проведены исследования: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л, мочевины - 4,9 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, калий - 3,6 ммоль/л, ЭКГ - синусовый ритм. Рентгенография легких: затемнение без четких границ над правой диафрагмой. Показания к выполнению системного внутривенного тромболизиса.

Ответ: Выполнить системный внутривенный тромболизис не позднее 40 минут от момента установления диагноза (при ишемическом инсульте при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний). Рекомендовано внутривенное введение рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rt-PA, алтеплаза) в дозе 0,9 мг/кг массы тела (максимальная доза 90 мг) пациентам с ишемическим инсультом старше 18 лет при отсутствии противопоказаний в первые 4,5 часа от начала развития заболевания.

Задача (задание) 61.

Пациента 50 лет, проходящего лечение в отделении хирургии по поводу панкреатита, обнаружили в постели в положении на спине в состоянии комы 1 (ШКГ 8 баллов), мидриаз, зрачки Д=С, реакция зрачка на свет есть, однократно отмечались судороги. Кожный покров бледный влажный. Дыхание спонтанное есть. Из анамнеза: больной страдает сахарный диабетом 2 типа. Со слов соседей по палате, после самостоятельной инъекции длительно действующего инсулина больной принял пищу неохотно, маленькое количество. Через несколько минут больной пожаловался на головную боль и заснул. При осмотре пациента следов повреждения кожи головы нет.

Поставьте предположительный диагноз.

Ответ: Диабетическая гипогликемическая кома.

Задача (задание) 62.

Пациента 50 лет, проходящего лечение в отделении хирургии по поводу панкреатита, обнаружили в постели в положении на спине в состоянии комы 1 (ШКГ 8 баллов), мидриаз, зрачки Д=С, реакция зрачка на свет есть, однократно отмечались судороги. Кожный покров бледный влажный. Дыхание спонтанное есть. Из анамнеза: больной страдает сахарный диабетом 2 типа. Со слов соседей по палате, после самостоятельной инъекции длительно действующего инсулина больной принял пищу неохотно, маленькое количество. Через

несколько минут больной пожаловался на головную боль и заснул. При осмотре пациента следов повреждения кожи головы нет. Тактика лечения.

Ответ: Пациента уложить на бок, освободить полость рта от остатков пищи. При потере сознания нельзя вливать в полость рта сладкие растворы (опасность асфиксии!). В/в струйно ввести 40 – 100 мл 40 % раствора глюкозы, до полного восстановления сознания. Если сознание не восстанавливается после в/в введения 100 мл 40 % раствора глюкозы – начать в/в капельное введение 5–10 % раствора глюкозы и перевести в отделение анестезиологии и реаниматологии до нормализации гликемии и полного выведения препарата из организма.

Задача (задание) 63.

Пациента 50 лет, проходящего лечение в отделении хирургии по поводу панкреатита, обнаружили в постели в положении на спине в состоянии комы 1 (ШКГ 8 баллов), мидриаз, зрачки Д=С, реакция зрачка на свет есть, однократно отмечались судороги. Кожный покров бледный влажный. Дыхание спонтанное есть. Из анамнеза: больной страдает сахарный диабетом 2 типа. Со слов соседей по палате, после самостоятельной инъекции длительно действующего инсулина больной принял пищу неохотно, маленькое количество. Через несколько минут больной пожаловался на головную боль и заснул. При осмотре пациента следов повреждения кожи головы нет. С какими причинами потери сознания и/или развития судорожного симптома должна проводиться дифференциальная диагностика.

Ответ: С диабетической гипергликемической комой, эпилепсией, энцефалитом, черепно-мозговой травмой, отравлениями.

Задача (задание) 64.

Пациента 50 лет, проходящего лечение в отделении хирургии по поводу панкреатита, обнаружили в постели в положении на спине в состоянии комы 1 (ШКГ 8 баллов), мидриаз, зрачки Д=С, реакция зрачка на свет есть, однократно отмечались судороги. Кожный покров бледный влажный. Дыхание спонтанное есть. Из анамнеза: больной страдает сахарный диабетом 2 типа. Со слов соседей по палате, после самостоятельной инъекции длительно действующего инсулина больной принял пищу неохотно, маленькое количество. Через несколько минут больной пожаловался на головную боль и заснул. При осмотре пациента следов повреждения кожи головы нет. При каком уровне глюкозы плазмы гипогликемия сопровождается клинической симптоматикой, при каком уровне глюкозы плазмы развивается кома

Ответ: уровень глюкозы плазмы $< 2,8$ ммоль/л сопровождается клинической симптоматикой, $< 2,2$ ммоль/л – комой.

Задача (задание) 65.

Пациента 50 лет, проходящего лечение в отделении хирургии по поводу панкреатита, обнаружили в постели в положении на спине в состоянии комы 1 (ШКГ 8 баллов), мидриаз, зрачки Д=С, реакция зрачка на свет есть, однократно отмечались судороги. Кожный покров бледный влажный. Дыхание спонтанное есть. Из анамнеза: больной страдает сахарный диабетом 2 типа. Со слов соседей по палате, после самостоятельной инъекции длительно действующего инсулина больной принял пищу неохотно, маленькое количество. Через несколько минут больной пожаловался на головную боль и заснул. При осмотре пациента следов повреждения кожи головы нет. При каком уровне глюкозы плазмы крови следует начинать мероприятия по купированию гипогликемии у больных сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, для профилактики развития тяжелых осложнений.

Ответ: При уровне глюкозы плазмы $< 3,9$ ммоль/л.

Задача (задание) 66.

При проведении обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в рентгеновском кабинете мужчина 50 лет потерял сознание. Рентгенологи пульс на общей сонной (бедренной) артериях не определили. При поднятии нижней челюсти спонтанные дыхательные движения грудной клетки отсутствуют. Врач рентгенолог начал непрямой

массаж сердца. Лаборант по телефону вызвала реаниматолога. Назовите состояние, возникшее у больного.

Ответ: Внезапная сердечная смерть. Остановка сердца неуточненная.

Задача (задание) 67.

При проведении обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в рентгеновском кабинете мужчина 50 лет потерял сознание. Рентгенологи пульс на общей сонной (бедренной) артериях не определили. При поднятии нижней челюсти спонтанные дыхательные движения грудной клетки отсутствуют. Врач рентгенолог начал непрямой массаж сердца. Лаборант по телефону вызвала реаниматолога. Перечислите мероприятия базисной сердечно-легочно-церебральной реанимации, которые должен проводить медицинский персонал до прихода реаниматолога.

Ответ: Непрямой массаж сердца с частотой надавливания 100-120 в минуту; после 30 надавливаний провести 2 искусственных вдоха при наличии средств защиты. Надавливание должно осуществляться двумя руками сомкнутыми в замок на середину грудины на глубину не менее 5 см (но не более 6 см). При наличии автоматического дефибриллятора, активировать его, наложить электроды, осуществить дефибрилляцию по указаниям дефибриллятора.

Задача (задание) 68.

При проведении обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в рентгеновском кабинете мужчина 50 лет потерял сознание. Рентгенологи пульс на общей сонной (бедренной) артериях не определили. При поднятии нижней челюсти спонтанные дыхательные движения грудной клетки отсутствуют. Врач рентгенолог начал непрямой массаж сердца. Лаборант по телефону вызвала реаниматолога. Сколько минут должен проводить сердечно-легочную-церебральную реанимацию врач - рентгенолог.

Ответ: До прихода врача-анестезиолога-реаниматолога или врача скорой медицинской помощи.

Задача (задание) 69.

При проведении обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в рентгеновском кабинете мужчина 50 лет потерял сознание. Рентгенологи пульс на общей сонной (бедренной) артериях не определили. При поднятии нижней челюсти спонтанные дыхательные движения грудной клетки отсутствуют. Врач рентгенолог начал непрямой массаж сердца. Лаборант по телефону вызвала бригаду скорой медицинской помощи (врача-анестезиолога-реаниматолога в штате нет). Сколько минут должен проводить сердечно-легочную-церебральную реанимацию врач анестезиолог-реаниматолог в зависимости от данных ЭКГ. Какие документы должен оформить при неэффективности реанимационных мероприятий при асистолии.

Ответ: При фибрилляции желудочков сердечно-легочную-церебральную реанимацию врач анестезиолог-реаниматолог проводит или до восстановления спонтанного кровообращения или до развития асистолии. При асистолии сердечно-легочную-церебральную реанимацию врач анестезиолог-реаниматолог проводит 30 минут. Если восстановления сердечной деятельности не наступило, то констатирует смерть. Прекращает реанимацию. Оформляет подробное протоколирование мероприятий сердечно-легочно-церебральной реанимации, их хронологическую последовательность с указанием времени начала и времени окончания с констатацией смерти; протокол установления смерти человека.

Задача (задание) 70.

При проведении обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в рентгеновском кабинете мужчина 50 лет потерял сознание. Рентгенологи пульс на общей сонной (бедренной) артериях не определили. При поднятии нижней челюсти спонтанные дыхательные движения грудной клетки отсутствуют. Врач рентгенолог начал непрямой массаж сердца. Лаборант по телефону вызвала реаниматолога. Перечислите мероприятия расширенной сердечно-легочно-церебральной реанимации, которые должен провести реаниматолог при наличии на ЭКГ фибрилляции желудочков.

Ответ: Продолжить непрямой массаж сердца с частотой надавливания 100-120 в минуту постоянно. Установить ларингеальную маску или провести интубацию трахеи. Начать ИВЛ аппаратом с параметрами в режиме управления по объему, ДО = 6-7 мл/кг, ЧД = 10 в мин, Fi O₂ = 100 %. Параллельно установить внутривенный доступ. Провести мониторинг ЭКГ. При наличии фибрилляции желудочков провести электрическую дефибрилляцию каждые 2 минуты. После третьего неэффективного разряда дефибриллятора внутривенно струйно вводят 1 мг адреналина и 300 мг амиодарона. Продолжают в течение 2 минут непрямой массаж сердца с частотой надавливания 100-120 в минуту и ИВЛ в прежнем режиме. После окончания данного двухминутного цикла оценивают ЭКГ.

Задача (задание) 71.

При проведении обзорной рентгенограммы органов грудной клетки в рентгеновском кабинете мужчина 50 лет потерял сознание. Рентгенологи пульс на общей сонной (бедренной) артериях не определили. При поднятии нижней челюсти спонтанные дыхательные движения грудной клетки отсутствуют. Врач рентгенолог начал непрямой массаж сердца. Лаборант по телефону вызвала реаниматолога. Перечислите мероприятия расширенной сердечно-легочно-церебральной реанимации, которые должен провести реаниматолог при наличии на ЭКГ асистолии.

Ответ: Продолжить непрямой массаж сердца с частотой надавливания 100-120 в минуту постоянно. Установить ларингеальную маску или провести интубацию трахеи. Начать ИВЛ аппаратом с параметрами в режиме управления по объему, ДО = 6-7 мл/кг, ЧД = 10 в мин, Fi O₂ = 100 %. Параллельно установить внутривенный доступ. Провести мониторинг ЭКГ. При наличии асистолии внутривенно струйно вводят 1 мг адреналина. Продолжают в течение 2 минут непрямой массаж сердца с частотой надавливания 100-120 в минуту и ИВЛ в прежнем режиме. После окончания данного двухминутного цикла оценивают ЭКГ.

Задача (задание) 72.

У больной при наличии постоянного электрокардиостимулятора произошла остановка дыхания и потеря сознания. Ваши действия.

Ответ. Убедиться в отсутствии пульса на сонных артериях. Установить проходимость дыхательных путей (освободить дыхательные пути от инородных тел или рвотных масс, поднять нижнюю челюсть, уложить голову на бок для поддержания проходимости дыхательных путей). Начать непрямой массаж сердца. Позвать помощника. Позвать реаниматолога, сообщив, что у пациента остановка сердечной деятельности. Ввести адреналин 0,1% - 1,0 в/в. Продолжать непрямой массаж сердца.

Задача (задание) 73.

Больная поступила в стационар 2 дня назад. На фоне основной патологии состояние пациентки с отрицательной динамикой. Снижение уровня сознания до уровня оглушение (шкала комы Глазго 13), температура 39,2 градусов Цельсия, число дыханий 50 в мин., в легких с обеих сторон дыхание ослаблено, пульс - 125 уд. в мин., АД - 90/60 мм рт.ст. Определите тактику своих действий для уточнения диагноза и оказания неотложной помощи.

Ответ. Решение вопроса о переводе больной в отделение реанимации. С целью исключения внебольничной пневмонии больной показана рентгенограмма легких, проведение антибиотикотерапии.

Задача (задание) 74.

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 отеки 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. 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. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения). Ваша тактика.

Ответ. Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Кардиогенный шок. Показано применение наркотических анальгетиков для купирования болевого синдрома и нефракционированного гепарина в дозе 10 000 ед. Вызвать реаниматолога и кардиохирурга (при наличии) для решения вопроса о проведении тромболитической терапии или хирургической эмболектomie.

Задача (задание) 75.

Через несколько минут после введения лекарственного препарата внутримышечно состояние пациентки резко ухудшилось. Появилась осиплость в голосе. Больная отмечает, что ей тяжело дышать. При осмотре отмечается нарастающий отек лица и шеи. АД = 80/60 мм рт. ст. Пульс более 100 в 1 минуту. Аускультативно - хрипы на выдохе. Поставьте диагноз. Окажите неотложную помощь. Определите дальнейшую тактику.

Ответ. Анафилактический шок (на введение лекарственного препарата). Терапия. Необходимо уложить больную на спину, приподнять нижние конечности, начать ингаляцию увлажненного кислорода через лицевую маску или носовую канюлю. Как можно быстрее ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра 0,3-0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина. При необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5-15 минут. Наладить внутривенный доступ. Если препарат вводился в/в, то необходимо сохранить доступ. Вводить 0,9% раствор хлорида натрия в дозе для взрослого 5-10 мл/кг в первые 5-10 минут (1-2 литра). Быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации. При сохранении явлений бронхоспазма аминофиллин в/в струйно медленно: дозу 4-8 мг/кг вводят в течение 20 мин.

Экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Задача (задание) 76.

Около 5 минут назад после в/в инъекции антибиотиков появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, кожные высыпания по всему телу с зудом. Объективно: больной заторможен, на коже лица, туловища и конечностей - волдыри различного размера, сливного характера, на гиперемизованном основании. Холодный, липкий пот. Частота дыхания 56 мин-1, выдох удлиннен, выслушиваются свистящие хрипы. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД 60/20 мм рт. ст., пульс 160 мин-1, нитевидный. Какое заболевание можно предполагать у данного больного? Какие меры первой помощи необходимы в данной ситуации.

Ответ. Лекарственный анафилактический шок. Терапия. Необходимо уложить больную на спину, приподнять нижние конечности, начать ингаляцию увлажненного кислорода через лицевую маску или носовую канюлю. Как можно быстрее ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра 0,3-0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина. При необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5-15 минут. Наладить внутривенный доступ. Если препарат вводился в/в, то необходимо сохранить доступ. Вводить 0,9% раствор хлорида натрия в дозе для взрослого 5-10 мл/кг в первые 5-10 минут (1-2 литра). Быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации. При сохранении явлений бронхоспазма аминофиллин в/в струйно медленно: дозу 4-8 мг/кг вводят в течение 20 мин. Экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Задача (задание) 77.

У больного В., 38 лет, после проведения местной анестезии внезапно возникла резкая боль, распространяющаяся по всему животу, усиливающаяся при движениях и при попытке принять горизонтальное положение, в связи с чем больной находится полусидячем положении. Кроме того, беспокоит тошнота, была однократная рвота. При пальпации отмечается болезненность всей передней брюшной стенки, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Объективно: больной бледен, на лице липкий, холодный пот. Частота дыхания - 34 мин-1, АД - 90/40 мм рт. ст., ЧСС - 110 мин-1, нитевидный. Больному ввели баралгин внутримышечно. Ранее пациент отмечал аллергические реакции на некоторые препараты (включая местные анестетики) в виде уртикарной сыпи. Какое заболевание можно предполагать у данного больного? Что явилось причиной заболевания? Какую ошибку допустил врач. Какие меры первой помощи необходимы в данной ситуации?

Ответ. Абдоминальный вариант лекарственного анафилактического шока. Причина анафилактического шока - введение местного анестетика в сенсibilизированный организм. Врач, не заподозрив анафилактический шок у больного, не оказал ему неотложную помощь. Меры первой помощи: Терапия. Необходимо уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, начать ингаляцию увлажненного кислорода через лицевую маску или носовую канюлю. Как можно быстрее ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра 0,3-0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина. При необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5-15 минут. Наладить внутривенный доступ. Если препарат вводился в/в, то необходимо сохранить доступ. Вводить 0,9% раствор хлорида натрия в дозе для взрослого 5-10 мл/кг в первые 5-10 минут (1-2 литра). Быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации. При сохранении явлений бронхоспазма аминofilлин в/в струйно медленно: дозу 4-8 мг/кг вводят в течение 20 мин. Экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

При наличии уртикарных элементов на коже - введение H1-гистаминоблокаторов (супрастин). По показаниям – реанимационные мероприятия.

Задача (задание) 78.

У больного Б., 77 лет, появились жалобы на головокружение, выраженную общую слабость, эпизод «потери ориентации», сопровождающийся непроизвольным мочеиспусканием, неудовлетворенность вдохом, похолодание конечностей. Жалобы появились впервые и внезапно вскоре после обеда, сохраняются, вынужден лежать. В последние годы отмечал периодическое повышение АД до 160/90. Страдает катарактой обоих глаз. Не курит. Состояние тяжелое, кожные покровы бледные, сухие, холодные конечности, отеков нет. Телосложение правильное, астеническое, питание нормальное. ЧДД 16 в мин. Легочный звук с коробочным оттенком, дыхание везикулярное, равномерно ослабленное в нижне - задних отделах. Расширение границ относительной тупости сердца влево. Тоны приглушены, тахикардия, ЧСС не поддается счету. АД - 80/60. Рс слабого наполнения. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см. Олигоурия. Общий анализ крови: Эр - 4,9 x 10¹²/л, НБ - 147 г/л, цв. показ. - 0,9, L - 11,2 x 10⁹/л, э. -2, п. - 1, с. - 67, л. - 28, м. - 2, СОЭ - 3 мм/ч. Биохимическое исследование крови: общий белок - 66 г/л, общий билирубин -12, прямой билирубин - отр., АСТ - 86, АЛТ - 44, ЛДГ - 500, КФК - 910, холестерин - 8,4, глюкоза - 9,0.

Общий анализ мочи: отн. плотность - 1016, белок - 0,2 г/л, L - 1-2 в п/зр. ЭКГ: зубец Р не определяется, ЧСС - 200-220 в минуту, комплексы QRS > 0,12 в сек, деформированы по типу блокады правой ножки пучка Гиса, зарегистрирован эпизод из четырех недифференцированных мелкоамплитудных волн типа QRS ". Какие заболевания и их осложнения могут давать подобную клиническую картину? Сформулируйте предварительный диагноз, дайте его обоснование, используя данные дополнительных методов исследования. Какие дополнительные исследования необходимо провести для верификации диагноза? Тяжесть состояния больного определяется основным заболеванием или его осложнениями (если да, то какими)? Первая помощь.

Ответ. Предварительный диагноз: Пароксизмальная ЖТ, первичная ФЖ, кратковременная остановка сердца, шок (кардиогенный, инфекционно-токсический, анафилактический), ТЭЛА, транзиторное ОНМК, эпилепсия, объемное образование головного мозга, сахарный диабет, кома, кровотечение из ЖКТ.

Диагноз: Осн.: ИБС (острый ИМ без точной ЭКГ-локализации, атеросклеротический кардиосклероз). Фон: артериальная гипертензия II ст., атеросклероз аорты. Осл.: первичная ФЖ, пароксизмальная ЖТ, аритмический шок, не исключается острая левожелудочковая недостаточность.

Тяжесть состояния определяется первичной ФЖ, пароксизмальной ЖТ, осложнившейся аритмическим шоком.

Лечение: эффективное обезболивание, оксигенотерапию, в/в струйно 10 000 ЕД гепарина, в/в струйно кордарон 300 мг медленно, добутамин (дофамин) при дальнейшем снижении АД, нитраты под язык 1 таблетка.

Задача (задание) 79.

Больной Р., 30 лет, в палате отмечает остро возникшее головокружение, тошноту, появившиеся после акта дефекации. Цвет кала был чёрный со слов больного. Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые бледные, покрыты липким потом. АД - 80/60. Рс слабого наполнения, 110 в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Чем обусловлена тяжесть состояния. Неотложные мероприятия.

Ответ. Гиповолемический геморрагический шок. Катетеризация 2 периферических вен. Инфузия кристаллоидных и коллоидных препаратов в объеме не менее 1 л. Определить группу крови и резус-фактор. Контроль красной крови. Решение вопроса об оперативном вмешательстве. Вызвать врача анестезиолога-реаниматолога.

Задача (задание) 80.

В приемное отделение поступила пациентка 66 лет. Уровень сознания: глаза открывает только на обращение, выполняет команды медленно, дезориентирована (но может отвечать на вопросы). Число дыханий 35 в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Частота пульса - 116 уд. в мин. Уровень сатурации без ингаляции кислорода 93%. При аускультации в легких дыхание ослаблено с обеих сторон. Определите уровень сознания по шкале комы Глазго и оценку состояния по шкале qSOFA.

Ответ. 13 баллов по шкале комы Глазго и 3 бала по шкале qSOFA.

Задача (задание) 81.

В приемное отделение поступила пациентка 66 лет. Уровень сознания: глаза открывает только на обращение, выполняет команды медленно, дезориентирована (но может отвечать на вопросы). Число дыханий 35 в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Частота пульса - 116 уд. в мин. Уровень сатурации без ингаляции кислорода 93%. При аускультации в легких дыхание ослаблено с обеих сторон. Поставьте предположительный диагноз

Ответ. Внебольничная пневмония тяжелой степени тяжести, сепсис, грипп с пневмонией (?).

Задача (задание) 82.

Больному с диагнозом язва желудка, язвенное кровотечение проведена остановка кровотечения эндоскопическим методом. Однако по данным фиброгастроскопии, оценка риска рецидива кровотечения по Форесту 2В (организованный сгусток крови на источнике). Риск рецидива кровотечения высок. При осмотре анестезиологом-реаниматологом обращает на себя внимание бледность кожного покрова и покрытие липким потом. АД = 90 мм рт. ст., частота пульса 110 в мин. Общий анализ крови: уровень гемоглобина 69 г/л, гематокрит 0,28. Группа крови и резус-фактор пациента определены в лаборатории больницы. Определите шоковый индекс Альговера и предположительный объем кровопотери.

Ответ. Шоковый индекс Альговера 1,2, предположительный объем кровопотери 20-40% ОЦК..

Задача (задание) 83.

Больному с диагнозом язва желудка, язвенное кровотечение проведена остановка кровотечения эндоскопическим методом. Однако по данным фиброгастроскопии, оценка риска рецидива кровотечения по Форесту 2В (организованный сгусток крови на источнике). Риск рецидива кровотечения высок. При осмотре анестезиологом-реаниматологом обращает на себя внимание бледность кожного покрова и покрытие липким потом. АД = 90 мм рт. ст., частота пульса 110 в мин. Общий анализ крови: уровень гемоглобина 69 г/л, гематокрит 0,28. Группа крови и резус-фактор пациента определены в лаборатории больницы. Определите тактику действий.

Ответ. Перевод пациента в отделение анестезиологии и реаниматологии, установка катетеров большого диаметра в две периферические вены, инфузионная терапия кристаллоидными препаратами для поддержания систолического АД выше 90 мм рт.ст и среднего АД - выше 65 мм рт.ст. и уровня диуреза более 0,5 мл/кг/час, постоянная назогастральная интубация, внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов, введение ингибиторов фибринолиза (транексамовой кислоты, апротинина), переливание эритроцитсодержащего компонента крови, выполнение коагулограммы и тромбоэластограммы.

Задача (задание) 84.

Больному с диагнозом язва желудка, язвенное кровотечение проведена остановка кровотечения эндоскопическим методом. Однако по данным фиброгастроскопии, оценка риска рецидива кровотечения по Форесту 2В (организованный сгусток крови на источнике). Риск рецидива кровотечения высок. При осмотре анестезиологом-реаниматологом обращает на себя внимание бледность кожного покрова и покрытие липким потом. АД = 90 мм рт. ст., частота пульса 110 в мин. Общий анализ крови: уровень гемоглобина 69 г/л, гематокрит 0,28. Группа крови и резус-фактор пациента определены в лаборатории больницы. У больного несмотря на проводимое лечение одномоментно выделилось около 1000 мл крови со сгустками. Хирургами избрана тактика оперативного вмешательства в объеме лапаротомии, гастротомии, хирургической остановки кровотечения. Действия анестезиолога-реаниматолога.

Ответ. Проведение анестезии с использованием кетамина (с возможным переходом на другие анестетики после стабилизации гемодинамики), интубация трахеи и перевод на ИВЛ, поддержание гемодинамики с помощью кристаллоидов и коллоидов (но не более 40 мл/кг) на уровне систолического АД 80-100 мм рт.ст и среднего АД - 65 и выше мм рт.ст. до остановки кровотечения, проведение вазопрессорной терапии при невозможности достижения целевых параметров гемодинамики с помощью инфузионной терапии, введение ингибиторов фибринолиза (транексамовой кислоты 15 мг/кг внутривенно с последующей постоянной инфузией до остановки кровотечения), введение компонентов крови: эритроцитсодержащих - до достижения уровня гемоглобина в 80–100 г/л, свежезамороженной плазмы 15-20 мл/кг массы тела, криопреципитата 1 доза на 10 кг массы тела, тромбоцитной массы - 1 доза на 10 кг массы тела

Задача (задание) 85.

Пациента 50 лет, проходящего лечение в отделении хирургии по поводу панкреатита, обнаружили в постели в положении на спине в состоянии комы 1 (ШКГ 8 баллов), мидриаз, зрачки Д=С, реакция зрачка на свет есть, однократно отмечались судороги. Кожный покров бледный влажный. Дыхание спонтанное есть. Из анамнеза: больной страдает сахарный диабетом 2 типа. Со слов соседей по палате, после самостоятельной инъекции длительно действующего инсулина больной принял пищу неохотно, маленькое количество. Через несколько минут больной пожаловался на головную боль и заснул. При осмотре пациента следов повреждения кожи головы нет. С какими причинами потери сознания и/или развития судорожного симптома должна проводится дифференциальная диагностика.

Ответ: С диабетической гипергликемической комой, эпилепсией, энцефалитом, черепно-мозговой травмой, отравлениями..

Задача (задание) 86.

Пациента 50 лет, проходящего лечение в отделении хирургии по поводу панкреатита, обнаружили в постели в положении на спине в состоянии комы 1 (ШКГ 8 баллов), мидриаз, зрачки Д=С, реакция зрачка на свет есть, однократно отмечались судороги. Кожный покров бледный влажный. Дыхание спонтанное есть. Из анамнеза: больной страдает сахарный диабетом 2 типа. Со слов соседей по палате, после самостоятельной инъекции длительно действующего инсулина больной принял пищу неохотно, маленькое количество. Через несколько минут больной пожаловался на головную боль и заснул. При осмотре пациента следов повреждения кожи головы нет. С какими причинами потери сознания и/или развития судорожного симптома должна проводиться дифференциальная диагностика. При каком уровне глюкозы плазмы гипогликемия сопровождается клинической симптоматикой, при каком уровне глюкозы плазмы развивается кома?

Ответ: Уровень глюкозы плазмы $< 2,8$ ммоль/л сопровождается клинической симптоматикой, $< 2,2$ ммоль/л - комой.

Задача (задание) 87.

Пациента 50 лет, проходящего лечение в отделении хирургии по поводу панкреатита, обнаружили в постели в положении на спине в состоянии комы 1 (ШКГ 8 баллов), мидриаз, зрачки Д=С, реакция зрачка на свет есть, однократно отмечались судороги. Кожный покров бледный влажный. Дыхание спонтанное есть. Из анамнеза: больной страдает сахарный диабетом 2 типа. Со слов соседей по палате, после самостоятельной инъекции длительно действующего инсулина больной принял пищу неохотно, маленькое количество. Через несколько минут больной пожаловался на головную боль и заснул. При осмотре пациента следов повреждения кожи головы нет. С какими причинами потери сознания и/или развития судорожного симптома должна проводиться дифференциальная диагностика. При каком уровне глюкозы плазмы крови следует начинать мероприятия по купированию гипогликемии у больных сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, для профилактики развития тяжелых осложнений.

Ответ: При уровне глюкозы плазмы $< 3,9$ ммоль/л.

Задача (задание) 88.

В приемное отделение поступил пациент 22 лет с жалобами на жажду, слабость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, болями в животе.

При осмотре обращает на себя внимание запах ацетона в выдыхаемом воздухе, одышка (ЧД 30 в мин.), напряжение и болезненность брюшной стенки, аускультативные шумы перистальтики кишечника снижены. АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 98 в мин. Со слов больного мочился давно. Сахарным диабетом 1 типа страдает с 10 лет. Пропустил несколько инъекций инсулина из-за неисправности средства для введения инсулина. Поставьте наиболее вероятный предварительный диагноз

Ответ: Сахарный диабет 1 типа. Осложненное течение. Кетоацидоз..

Задача (задание) 89.

В приемное отделение поступил пациент 22 лет с жалобами на жажду, слабость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, болями в животе.

При осмотре обращает на себя внимание запах ацетона в выдыхаемом воздухе, одышка (ЧД 30 в мин.), напряжение и болезненность брюшной стенки, аускультативные шумы перистальтики кишечника снижены. АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 98 в мин. Со слов больного мочился давно. Сахарным диабетом 1 типа страдает с 10 лет. Пропустил несколько инъекций инсулина из-за неисправности средства для введения инсулина. Какой диагностический мониторинг должен быть проведен.

Ответ: Экспресс-анализ гликемии – ежечасно до снижения уровня глюкозы плазмы до 13 ммоль/л, затем 1 раз в 3 ч. Анализ мочи на кетоновые тела – 2 раза в сутки в первые 2 суток, затем 1 раз в сутки. Общий анализ крови и мочи: исходно, затем 1 раз в 2 суток.

Na⁺, K⁺ сыворотки: минимум 2 раза в сутки, при необходимости каждые 2 часа до разрешения диабетического кетоацидоза, затем каждые 4–6 часов до полного выздоровления. Расчет эффективной осмолярности (норма 285–295 мосмоль/л):

$2 (\text{Na}^+, \text{ммоль/л} + \text{K}^+, \text{ммоль/л}) + \text{глюкоза}, \text{ммоль/л}$. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинина, хлориды, бикарбонат, желателен лактат – исходно, затем 1 раз в 3 суток, при необходимости – чаще. Газоанализ и pH (можно венозной крови): 1–2 раза в сутки до нормализации КЩС. Инструментальные исследования: почасовой контроль диуреза; контроль центрального венозного давления, АД, пульса и t° тела каждые 2 часа; ЭКГ не реже 1 раза в сутки или ЭКГ-мониторинг; пульсоксиметрия и поиск возможного очага инфекции по общим стандартам.

Задача (задание) 90.

В приемное отделение поступил пациент 22 лет с жалобами на жажду, слабость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, болями в животе.

При осмотре обращает на себя внимание запах ацетона в выдыхаемом воздухе, одышка (ЧД 30 в мин.), напряжение и болезненность брюшной стенки, аускультативные шумы перистальтики кишечника снижены. АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 98 в мин. Со слов больного мочился давно. Сахарным диабетом 1 типа страдает с 10 лет. Пропустил несколько инъекций инсулина из-за неисправности средства для введения инсулина. Какие изменения будут выявлены в лабораторных анализах.

Ответ: Общий клинический анализ крови: Лейкоцитоз: < 15000 – при отсутствии инфекции, > 15000 – при наличии инфекции. Общий анализ мочи: глюкозурия, кетонурия, протеинурия (непостоянно). Биохимический анализ крови: гипергликемия, гиперкетонемия, повышение креатинина (непостоянно; чаще указывает на транзиторную «преренальную» почечную недостаточность, вызванную гиповолемией), транзиторное повышение трансаминаз и креатинфосфокиназы (протеолиз), Na⁺ чаще нормальный (реже снижен или повышен), K⁺ чаще нормальный (реже снижен, при ХБП может быть повышен), умеренное повышение амилазы (не является признаком о. панкреатита).

КЩС: декомпенсированный метаболический ацидоз.

Задача (задание) 91.

В приемное отделение поступил пациент 22 лет с жалобами на жажду, слабость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, болями в животе.

При осмотре обращает на себя внимание запах ацетона в выдыхаемом воздухе, одышка (ЧД 30 в мин.), напряжение и болезненность брюшной стенки, аускультативные шумы перистальтики кишечника снижены. АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 98 в мин. Со слов больного мочился давно. Сахарным диабетом 1 типа страдает с 10 лет. Пропустил несколько инъекций инсулина из-за неисправности средства для введения инсулина. Принципы интенсивной терапии при диабетическом кетоацидозе.

Ответ: Инсулинотерапия – режим малых доз (лучшее управление гликемией и меньший риск гипогликемии и гипокалиемии, чем в режиме больших доз).

Регидратация кристаллоидными растворами по уровню скорректированного Na⁺ плазмы с начальной скоростью с помощью 0.9% раствора NaCl: в 1-й час 15 – 20 мл/кг массы тела.

В/в инфузию калия начинают одновременно с введением инсулина, рассчитывая дозу (г/час) по уровню калия в плазме крови.

Показания к введению бикарбоната натрия: pH крови ≤ 6,9 или уровень стандартного бикарбоната < 5 ммоль/л. Вводится 4 г бикарбоната натрия (200 мл 2 % раствора в/в медленно за 1 ч), максимальная доза - не более 8 г бикарбоната (400 мл 2 % раствора за 2 ч).

Задача (задание) 92.

В приемное отделение поступил пациент 22 лет с жалобами на жажду, слабость, отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, болями в животе.

При осмотре обращает на себя внимание запах ацетона в выдыхаемом воздухе, одышка (ЧД 30 в мин.), напряжение и болезненность брюшной стенки, аускультативные шумы перистальтики кишечника снижены. АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 98 в мин. Со слов больного

мочился давно. Сахарным диабетом 1 типа страдает с 10 лет. Пропустил несколько инъекций инсулина из-за неисправности средства для введения инсулина. Критерии разрешения диабетического кетоацидоза.

Ответ: Уровень глюкозы плазмы < 11 ммоль/л и как минимум два из трех показателей КЩС: бикарбонат ≥ 18 ммоль/л, венозный pH $\geq 7,3$, анионная разница ≤ 12 ммоль/л. Небольшая кетонурия может некоторое время сохраняться.

Задача (задание) 93.

Пациентка 30 лет поступила в приемное отделение. Уровень сознания оглушение (ШКГ 13 баллов), зрачки Д=С, фотореакция +, двусторонний спонтанный нистагм. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: после легкого отравления пациентка стала страдать выраженной жаждой с увеличением уровня суточного диуреза в течение 3 дней. Сегодня родственники стали замечать сонливость, нарушение речи. Была вызвана скорая помощь. Больная с 22 лет (после родов) страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 33 ммоль/л. Определите предварительный диагноз.

Ответ: Сахарный диабет 1 типа. Осложненное течение. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние.

Задача (задание) 94.

Пациентка 30 лет поступила в приемное отделение. Уровень сознания оглушение (ШКГ 13 баллов), зрачки Д=С, фотореакция +, двусторонний спонтанный нистагм. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: после легкого отравления пациентка стала страдать выраженной жаждой с увеличением уровня суточного диуреза в течение 3 дней. Сегодня родственники стали замечать сонливость, нарушение речи. Была вызвана скорая помощь. Больная с 22 лет (после родов) страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 33 ммоль/л. Основные принципы лечения больной с гиперосмолярным гипергликемическим состоянием.

Ответ: Борьба с дегидратацией и гиповолемией; устранение инсулиновой недостаточности; восстановление электролитного баланса; выявление и лечение заболеваний, спровоцировавших гиперосмолярное гипергликемическое состояние, и его осложнений.

Задача (задание) 95.

Пациентка 30 лет поступила в приемное отделение. Уровень сознания оглушение (ШКГ 13 баллов), зрачки Д=С, фотореакция +, двусторонний спонтанный нистагм. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: после легкого отравления пациентка стала страдать выраженной жаждой с увеличением уровня суточного диуреза в течение 3 дней. Сегодня родственники стали замечать сонливость, нарушение речи. Была вызвана скорая помощь. Больная с 22 лет (после родов) страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 33 ммоль/л. На что следует обратить внимание при лабораторном мониторинге для уточнения диагноза

Ответ: Общий клинический анализ крови: Лейкоцитоз: < 15000 – при отсутствии инфекции, > 15000 – при наличии инфекции. Общий анализ мочи: массивная глюкозурия, кетонурии нет. Биохимический анализ крови: крайне высокая гипергликемия, кетонемии нет, высокая осмолярность плазмы, уровень Na^+ повышен. КЩС: Ацидоза нет.

Задача (задание) 96.

Пациентка 30 лет поступила в приемное отделение. Уровень сознания оглушение (ШКГ 13 баллов), зрачки Д=С, фотореакция +, двусторонний спонтанный нистагм. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: после легкого отравления пациентка стала страдать выраженной жаждой с увеличением уровня суточного диуреза в течение 3 дней. Сегодня родственники стали замечать сонливость, нарушение речи. Была вызвана скорая помощь. Больная с 22 лет (после родов) страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 33 ммоль/л. При лабораторном мониторинге выявлен уровень $\text{Na}^+=154$ ммоль/л, уровень $\text{K}^+=4,2$ ммоль/л, уровень глюкозы плазмы = 36 ммоль/л, $\text{pH}=7,42$, бикарбонат = 21 ммоль/л. Укажите формулу, по которой проводится расчет осмолярности, посчитайте осмолярность плазмы у больной и укажите нормальные показатели осмолярности.

Ответ: Расчет осмолярности плазмы = $2(\text{Na}^+, \text{ммоль/л} + \text{K}^+, \text{ммоль/л}) + \text{глюкоза}, \text{ммоль/л}$.
Осмолярность больной равна 352,4 мосмоль/л.

Норма осмолярности - 285-295 мосмоль/л.

Задача (задание) 97.

Пациентка 30 лет поступила в приемное отделение. Уровень сознания оглушение (ШКГ 13 баллов), зрачки Д=С, фотореакция +, двусторонний спонтанный нистагм. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: после легкого отравления пациентка стала страдать выраженной жаждой с увеличением уровня суточного диуреза в течение 3 дней. Сегодня родственники стали замечать сонливость, нарушение речи. Была вызвана скорая помощь. Больная с 22 лет (после родов) страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 33 ммоль/л. При лабораторном мониторинге выявлен уровень $\text{Na}^+=154$ ммоль/л, уровень $\text{K}^+=4,2$ ммоль/л, уровень глюкозы плазмы = 36 ммоль/л, $\text{pH}=7,42$, бикарбонат = 21 ммоль/л. Проведите расчет скорректированного Na^+ и выберите тактику инфузионной терапии.

Ответ: Расчет скорректированного Na^+ (для выбора раствора для инфузии):
скорректированный $\text{Na}^+ = \text{измеренный } \text{Na}^+ + 1,6(\text{глюкоза}-5,5)/5,5$. У больной уровень скорректированного натрия составляет 162,8 ммоль/л.

В первый час – 1 л 0,9 % раствора NaCl , затем регидратацию во 2-й и 3-й час продолжают 5 % раствором глюкозы – по 0,5–1 л, затем по 0,25–0,5 л (под контролем часового диуреза).

Задача (задание) 98.

Пациент 29 лет поступил в приемное отделение. Уровень сознания сопор (ШКГ 11 баллов), зрачки Д=С, фотореакция. На момент осмотра отмечаются судороги. Врачом скорой медицинской помощи судороги, возникшие дома были купированы сибазоном 10 мг внутривенно. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: накануне после повышения температуры на фоне ОРВИ у пациента появились слабость, головные боли, жажда с увеличением уровня диуреза. Сегодня родственники стали замечать сонливость. При появлении судорог была вызвана скорая помощь. Больной с 12 лет страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 30 ммоль/л. Был определен предварительный диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Осложненное течение. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние. Основные принципы купирования судорожного синдрома у пациента старше 18 лет.

Ответ: Диазепам из расчета 2,5-10 мг внутривенно, но не более 1 мл в минуту (максимально допустимая суточная доза 60 мг) с контролем адекватности спонтанного дыхания.

Задача (задание) 99.

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 отведении (P-pulmonale). Патологический зубец Q и подъем сегмента ST до 2мм в отведениях III, AVF. Отрицательные зубцы Т в отведениях III, V1-V4. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения)?

Ответ: Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Обструктивный шок.

Задача (задание) 100.

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 отведении (P-pulmonale). Патологический зубец Q и подъем сегмента ST до 2мм в отведениях III, AVF. Отрицательные зубцы Т в отведениях III, V1-V4. Укажите клинические признаки острой правожелудочковой недостаточности у данного больного.

Ответ: Цианоз шейно-воротниковой зоны, набухание и пульсация вен шеи.

Задача (задание) 101.

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 отеки 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 отведении (P-pulmonale). Патологический зубец Q и подъем сегмента ST до 2 мм в отведениях III, AVF. Отрицательные зубцы Т в отведениях III, V1-V4. Какой максимальный объем внутривенной инфузии показан данному больному с целью коррекции гемодинамики? Какие препараты вы будете использовать в случае неэффективности внутривенной инфузии?

Ответ: 500 мл, симпатомиметики

Задача (задание) 102.

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 отеки 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 отведении (P-pulmonale). Патологический зубец Q и подъем сегмента ST до 2 мм в отведениях III, AVF. Отрицательные зубцы Т в отведениях III, V1-V4. Какой максимальный объем внутривенной инфузии показан данному больному с целью коррекции гемодинамики? Какой вид прямых антикоагулянтов (нефракционированный или низкомолекулярный гепарин) предпочтительнее в данной ситуации и почему?

Ответ: Нефракционированный. Эффективность низкомолекулярных гепаринов не изучалась в крупных исследованиях у больных с массивными формами ТЭЛА.

Задача (задание) 103.

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 отведении (P-pulmonale). Патологический зубец Q и подъем сегмента ST до 2мм в отведениях III, AVF. Отрицательные зубцы Т в отведениях III, V1-V4. Какой максимальный объем внутривенной инфузии показан данному больному с целью коррекции гемодинамики? Оптимальные подходы к лечению данного больного в условиях стационара? Какова их цель?

Ответ: Тромболитическая терапия или хирургическая эмболектomia, максимально быстрое восстановление кровотока в окклюзированных ветвях легочной артерии.

Задача (задание) 104.

Через несколько минут после введения лекарственного препарата состояние пациентки резко ухудшилось. Появилась осиплость в голосе. Больная отмечает, что ей тяжело дышать. При осмотре отмечается нарастающий отек лица и шеи. АД = 80/60 мм рт. ст. Пульс более 100 в 1 минуту. Аускультативно - хрипы на выдохе. Поставьте диагноз.

Ответ: Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство.

Задача (задание) 105.

Через несколько минут после введения лекарственного препарата состояние пациентки резко ухудшилось. Появилась осиплость в голосе. Больная отмечает, что ей тяжело дышать. При осмотре отмечается нарастающий отек лица и шеи. АД = 80/60 мм рт. ст. Пульс более 100 в 1 минуту. Аускультативно - хрипы на выдохе. Дайте определение анафилактическому шоку? Сколько степеней тяжести различают при анафилактическом шоке? Какой степени тяжести анафилактический шок у пациентки?

Ответ: Анафилактический шок – острая тяжёлая системная угрожающая жизни реакция гиперчувствительности, сопровождающаяся выраженными нарушениями гемодинамики (согласно международным рекомендациям (WAO): снижение систолического артериального давления ниже 90 мм.рт.ст или на 30% от исходного уровня), приводящими к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах. В зависимости от тяжести течения анафилактического шока, которая определяется выраженностью гемодинамических нарушений, выделяют 4 степени. У пациентки 2 степень тяжести анафилактического шока.

Задача (задание) 106.

Через несколько минут после введения лекарственного препарата состояние пациентки резко ухудшилось. Появилась осиплость в голосе. Больная отмечает, что ей тяжело дышать. При осмотре отмечается нарастающий отек лица и шеи. АД = 80/60 мм рт. ст. Пульс более 100 в 1 минуту. Аускультативно - хрипы на выдохе. Перечислите виды шоков в

зависимости от этиопатогенетической классификации. К какому из видов относится анафилактический шок?

Ответ: По этиопатогенетической классификации шока выделяют гиповолемический, кардиогенный, обструктивный и дистрибутивно-перераспределительный шок. Анафилактический шок относится к дистрибутивно-перераспределительному шоку, при котором происходит значительное снижение общего периферического сопротивления сосудов с последующим падением артериального давления и перераспределением внутрисосудистого объема жидкости.

Задача (задание) 107.

Через несколько минут после введения лекарственного препарата состояние пациентки резко ухудшилось. Появилась осиплость в голосе. Больная отмечает, что ей тяжело дышать. При осмотре отмечается нарастающий отек лица и шеи. АД = 80/60 мм рт ст. Пульс более 100 в 1 минуту. Аускультативно - хрипы на выдохе. Окажите неотложную помощь

Ответ: Необходимо уложить больную на спину, приподнять нижние конечности, начать ингаляцию увлажненного кислорода через лицевую маску или носовую канюлю. Как можно быстрее ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра 0,3-0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина. При необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5-15 минут. Наладить внутривенный доступ. Если препарат вводился в/в, то необходимо сохранить доступ. Вводить 0,9% раствор хлорида натрия в дозе для взрослого 5-10 мл/кг в первые 5-10 минут (1-2 литра). Быть готовым к проведению сердечно-легочной реанимации

Задача (задание) 108.

Через несколько минут после введения лекарственного препарата состояние пациентки резко ухудшилось. Появилась осиплость в голосе. Больная отмечает, что ей тяжело дышать. При осмотре отмечается нарастающий отек лица и шеи. АД = 80/60 мм рт ст. Пульс более 100 в 1 минуту. Аускультативно - хрипы на выдохе. Определите дальнейшую тактику лечения

Ответ: При неэффективности проводимой терапии эпинефрин можно вводить в/в струйно (0,1% 1 мл раствора эпинефрина разводят в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия), дробно, в течение 5-10 минут, и/или начинается в/в капельное введение эпинефрина (0,1% 1 мл раствора эпинефрина разводят в 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия) с начальной скоростью введения 30-100 мл/час (5-15 мкг/мин), титруя дозу в зависимости от клинического ответа или побочных эффектов эпинефрина.

Как препараты второго ряда рекомендовано использовать системные глюкокортикоидные средства с введением в начальной дозе: дексаметазон 8-32 мг в/в капельно, преднизолон 90-120 мг в/в струйно, метилпреднизолон 50-120 мг в/в струйно взрослым. Длительность и доза глюкокортикоидных средств подбирается индивидуально в зависимости от тяжести клинических проявлений. Пульс-терапия глюкокортикоидных средств не целесообразна.

При сохраняющемся бронхоспазме, несмотря на введение эпинефрина, рекомендовано назначать β_2 -агонисты: через небулайзер раствор салбутамола 2,5 мг/2,5 мл, аминофиллин 5-6 мг/кг в/в в течение 20 минут.

Задача (задание) 109.

У мужчины 44 лет, страдающего циррозом печени, хронически злоупотребляющего алкоголем, внезапно развились выраженная слабость, липкий холодный пот, чувство нехватки воздуха. В дальнейшем – неоднократный темный зловонный стул. Госпитализирован бригадой СП. При осмотре в приемном покое: Сознание 10 баллов по шкале ком Глазго. Зрачки симметричные, фотореакция есть. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные, холодные, влажные. Отмечается пастозность голеней до уровня верхней трети. Язык обложен коричневым налетом. Дыхание спонтанное, одышка смешанного характера до 29 в мин. ЧСС 110 в мин. АД 60/40 мм.рт. ст Тоны сердца глухие, тахикардия. Живот больших размеров. Участвует в акте дыхания. На коже передней брюшной стенки- усиленный венозный рисунок. Печень пальпируется на 10 см. ниже

реберной дуги, край ее бугристый. Перистальтика вялая. С-мы раздражения брюшины отрицательные. Анурия. Во время осмотра у пациента развилась рвота со сгустками крови. Установите предварительный диагноз.

Ответ: Цирроз печени. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Геморрагический шок. Варикозно расширенные вены пищевода являются осложнением цирроза печени, выявляются у 30-40 % больных с компенсированным циррозом печени и у 60% с декомпенсированным циррозом.

Задача (задание) 110.

У мужчины 44 лет, страдающего циррозом печени, хронически злоупотребляющего алкоголем, внезапно развились выраженная слабость, липкий холодный пот, чувство нехватки воздуха. В дальнейшем – неоднократный темный зловонный стул. Госпитализирован бригадой СП. При осмотре в приемном покое: Сознание 10 баллов по шкале ком Глазго. Зрачки симметричные, фотореакция есть. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные, холодные, влажные. Отмечается пастозность голеней до уровня верхней трети. Язык обложен коричневым налетом. Дыхание спонтанное, одышка смешанного характера до 29 в мин. ЧСС 110 в мин. АД 60/40мм.рт.ст Тоны сердца глухие, тахикардия. Живот больших размеров. Участвует в акте дыхания. На коже передней брюшной стенки- усиленный венозный рисунок. Печень пальпируется на 10 см. ниже реберной дуги, край ее бугристый. Перистальтика вялая. С-мы раздражения брюшины отрицательные. Анурия. Во время осмотра у пациента развилась рвота со сгустками крови. Определите объем кровопотери.

Ответ: В результате кровотечения у больного развился геморрагический шок (шоковый индекс Альговера- 1,8), что соответствует снижению ОЦК на 40% и более и объему кровопотери 1750 и более.

Задача (задание) 111.

У мужчины 44 лет, страдающего циррозом печени, хронически злоупотребляющего алкоголем, внезапно развились выраженная слабость, липкий холодный пот, чувство нехватки воздуха. В дальнейшем – неоднократный темный зловонный стул. Госпитализирован бригадой СП. При осмотре в приемном покое: Сознание 10 баллов по шкале ком Глазго. Зрачки симметричные, фотореакция есть. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные, холодные, влажные. Отмечается пастозность голеней до уровня верхней трети. Язык обложен коричневым налетом. Дыхание спонтанное, одышка смешанного характера до 29 в мин. ЧСС 110 в мин. АД 60/40мм.рт.ст Тоны сердца глухие, тахикардия. Живот больших размеров. Участвует в акте дыхания. На коже передней брюшной стенки- усиленный венозный рисунок. Печень пальпируется на 10 см. ниже реберной дуги, край ее бугристый. Перистальтика вялая. С-мы раздражения брюшины отрицательные. Анурия. Во время осмотра у пациента развилась рвота со сгустками крови. Определите план обследования больного.

Ответ: Консультация хирурга, реаниматолога. ОАК, определение уровня в сыворотке крови глюкозы, мочевины, креатинина, билирубина, АЛАТ, АсАТ, амилазы, альбумина, калия, натрия. Выполнение коагулограммы с обязательным определением ПТИ, МНО. Исследование КЩС крови. ОАМ. Исследование мочи на кетоновые тела. Перечисленные лабораторные исследования позволяют установить величину кровопотери, определить функциональное состояние печени (шкала индекса MELD), оценить печеночно-клеточную функцию печени и выбрать тактику лечения при циррозе (Child-Pugh), а так же прогнозировать вероятность поражения иных органов и систем. По результатам исследований привлекаются врачи других специальностей. ЭКГ.ЭГДС - в настоящее время является «золотым стандартом» как в диагностике варикозно расширенных вен пищевода и желудка, так и в выборе лечебной тактики. Эндоскопическое исследование позволяет определить не только наличие, но и локализацию варикозных вен, оценить степень их расширения, состояние стенки вены, слизистой оболочки пищевода и желудка, выявить

сопутствующую патологию, а также стигматы угрозы кровотечения. УЗИ органов брюшной полости с УЗДС портального кровотока для определения формы портальной гипертензии.

Задача (задание) 112.

У мужчины 44 лет, страдающего циррозом печени, хронически злоупотребляющего алкоголем, внезапно развились выраженная слабость, липкий холодный пот, чувство нехватки воздуха. В дальнейшем – неоднократный темный зловонный стул. Госпитализирован бригадой СП. При осмотре в приемном покое: Сознание 10 баллов по шкале ком Глазго. Зрачки симметричные, фотореакция есть. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные, холодные, влажные. Отмечается пастозность голеней до уровня верхней трети. Язык обложен коричневым налетом. Дыхание спонтанное, одышка смешанного характера до 29 в мин. ЧСС 110 в мин. АД 60/40 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие, тахикардия. Живот больших размеров. Участвует в акте дыхания. На коже передней брюшной стенки – усиленный венозный рисунок. Печень пальпируется на 10 см. ниже реберной дуги, край ее бугристый. Перистальтика вялая. С-мы раздражения брюшины отрицательные. Анурия. Во время осмотра у пациента развилась рвота со сгустками крови. Определите основные задачи лечения.

Ответ: Остановка кровотечения хирургом проводится параллельно с мероприятиями, направленными на ликвидацию шока. Возмещение кровопотери. Лечение коагулопатии. Предотвращение рецидивов кровотечения. Предотвращение ухудшения функции печени и осложнений, обусловленных кровотечениями (полиорганной недостаточности, инфекции, печеночная энцефалопатия и т.д.) брюшной полости с УЗДС портального кровотока для определения формы портальной гипертензии.

Задача (задание) 113.

У мужчины 44 лет, страдающего циррозом печени, хронически злоупотребляющего алкоголем, внезапно развились выраженная слабость, липкий холодный пот, чувство нехватки воздуха. В дальнейшем – неоднократный темный зловонный стул. Госпитализирован бригадой СП. При осмотре в приемном покое: Сознание 10 баллов по шкале ком Глазго. Зрачки симметричные, фотореакция есть. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные, холодные, влажные. Отмечается пастозность голеней до уровня верхней трети. Язык обложен коричневым налетом. Дыхание спонтанное, одышка смешанного характера до 29 в мин. ЧСС 110 в мин. АД 60/40 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие, тахикардия. Живот больших размеров. Участвует в акте дыхания. На коже передней брюшной стенки – усиленный венозный рисунок. Печень пальпируется на 10 см. ниже реберной дуги, край ее бугристый. Перистальтика вялая. С-мы раздражения брюшины отрицательные. Анурия. Во время осмотра у пациента развилась рвота со сгустками крови. Перечислите препараты снижающие давление в портальной вене

Ответ: Венозные вазодилататоры:

- Нитроглицерин – периферический вазодилататор – снижает печеночный венозный градиент на 40-44% (перлинганит, изосорбид5-мононитрат)
- Нитропруссид натрия (нанипрусс)

В качестве монотерапии нитраты используются редко и обычно применяются в комбинации с вазопрессином и его аналогами.

Вазоконстрикторы:

- Соматостатин (стиламин, сандостатин, октреотид) – селективная вазоконстрикция внутренних органов, связанная с подавлением активности эндогенных вазодилататоров (в частности, глюкагон) и секреции соляной кислоты. Портальное давление снижается на 20-25%.

- Вазопрессин, глипрессин, терлипрессин (Реместип) – уменьшают артериальный приток в портальную систему, снижая портальное давление на 30-40%.

Неселективные бета-адреноблокаторы (пропранолол, надолол, анаприлин, атенолол, карведилол и др.), которые позволяют снизить риск рецидива кровотечения на 30-40%. Препараты назначаются в дозе, снижающей частоту пульса в покое на 25%, либо при

исходно низком пульсе, до 55 уд в мин. При наличии противопоказаний альтернативой служит применение изосорбидамонитрата.

Задача (задание) 114.

В приемное отделение поступила пациентка 66 лет. Уровень сознания: глаза открывает только на обращение, выполняет команды медленно, дезориентирована (но может отвечать на вопросы). Число дыханий 35 в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Частота пульса - 116 уд. в мин. Уровень сатурации без ингаляции кислорода 93%. При аускультации в легких дыхание ослаблено с обеих сторон. Определите уровень сознания по шкале комы Глазго и оценку состояния по шкале qSOFA

Ответ: 13 баллов по шкале комы Глазго и 3 бала по шкале qSOFA.

Задача (задание) 115.

В приемное отделение поступила пациентка 66 лет. Уровень сознания: глаза открывает только на обращение, выполняет команды медленно, дезориентирована (но может отвечать на вопросы). Число дыханий 35 в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Частота пульса - 116 уд. в мин. Уровень сатурации без ингаляции кислорода 93%. При аускультации в легких дыхание ослаблено с обеих сторон. Поставьте предположительный диагноз.

Ответ: Внебольничная пневмония тяжелой степени тяжести, сепсис, грипп с пневмонией (?).

Задача (задание) 116.

В приемное отделение поступила пациентка 66 лет. Уровень сознания: глаза открывает только на обращение, выполняет команды медленно, дезориентирована (но может отвечать на вопросы). Число дыханий 35 в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Частота пульса - 116 уд. в мин. Уровень сатурации без ингаляции кислорода 93%. При аускультации в легких дыхание ослаблено с обеих сторон. Действия анестезиолога-реаниматолога, направленные на уточнение диагноза.

Ответ: Выполнить общий анализ крови, анализ мочи общий, анализ крови биохимический, исследование кислотно-основного состояния крови, исследование уровня лактата, исследование уровня С-реактивного белка и/или прокальцитонина в крови, рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, бактериологическое исследование мокроты или отделяемого с задней стенки глотки (при отсутствии мокроты) с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, не менее двух заборов проб крови, взятых из вен разных верхних конечностей, с интервалом 30 минут для бактериологического исследования крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, оценку состояния и степени тяжести заболевания по шкале SOFA, серологическое исследование или полимеразно-цепная реакция для уточнений диагноза грипп

Задача (задание) 117.

В приемное отделение поступила пациентка 66 лет. Уровень сознания: глаза открывает только на обращение, выполняет команды медленно, дезориентирована (но может отвечать на вопросы). Число дыханий 35 в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Частота пульса - 116 уд. в мин. Уровень сатурации без ингаляции кислорода 93%. При аускультации в легких дыхание ослаблено с обеих сторон. Какие критерии используются при оценке степени органических дисфункций по шкале SOFA.

Ответ: Индекс PO_2/FiO_2 , необходимость использования вазопрессоров для поддержания гемодинамики на уровне более 90 мм рт. ст., уровень сознания по шкале комы Глазго, количество тромбоцитов, уровень билирубина и креатинина, снижение диуреза.

Задача (задание) 118.

В приемное отделение поступила пациентка 66 лет. Уровень сознания: глаза открывает только на обращение, выполняет команды медленно, дезориентирована (но может отвечать на вопросы). Число дыханий 35 в мин. АД - 90/60 мм рт.ст. Частота пульса - 116 уд. в мин. Уровень сатурации без ингаляции кислорода 93%. При аускультации в легких дыхание

ослаблено с обеих сторон. Тактика интенсивной терапии рН крови - 7,24; ВЕ - 10 ммоль/л; РСО₂ - 66 мм рт.ст., РаО₂ - 65 мм рт.ст. при FiO₂ - 5 л/мин через лицевую маску.

Ответ: Интубация и искусственная вентиляция легких с регуляцией по давлению с установкой РЕЕР не менее 10 см вод.ст., терапия антибактериальными и противовирусными лекарственными препаратами группы ингибиторы нейраминидазы (Занамивир, Осельтамивир), инфузионная терапия кристаллоидами при гипотензии или лактате более 4 ммоль/л), введение низкомолекулярного гепарина или нефракционного гепарина, терапия лекарственными препаратами группы ингибиторы протонного насоса, поднятие головного конца кровати на 40-45 градусов, при необходимости вазопрессорная поддержка, контроль уровня глюкозы крови менее 12,9 ммоль/л.

Задача (задание) 119.

Пациент 29 лет поступил в приемное отделение. Уровень сознания сопор (ШКГ 11 баллов), зрачки Д=С, фотореакция. На момент осмотра отмечаются судороги. Врачом скорой медицинской помощи судороги, возникшие дома были купированы сибазоном 10 мг внутривенно. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: накануне после повышения температуры на фоне ОРВИ у пациента появились слабость, головные боли, жажда с увеличением уровня диуреза. Сегодня родственники стали замечать сонливость. При появлении судорог была вызвана скорая помощь. Больной с 12 лет страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 30 ммоль/л. Был определен предварительный диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Осложненное течение. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние. Основные принципы купирования судорожного синдрома у пациента старше 18 лет.

Ответ: Диазепам из расчета 2,5-10 мг внутривенно, но не более 1 мл в минуту (максимально допустимая суточная доза 60 мг) с контролем адекватности спонтанного дыхания (при необходимости перевод на искусственную вентиляцию легких).

При отсутствии эффекта - Тиопентал натрия внутривенно микроструйно 2% раствор со скоростью 1 мл/мин с переводом на искусственную вентиляцию легких. При отсутствии эффекта - мышечные релаксанты: Суксаметония йодид (Суксаметония хлорид) 100 мг внутривенно или Пипекурония бромид 4 мг внутривенно.

Задача (задание) 120.

Пациент 29 лет поступил в приемное отделение. Уровень сознания сопор (ШКГ 11 баллов), зрачки Д=С, фотореакция. На момент осмотра отмечаются судороги. Врачом скорой медицинской помощи судороги, возникшие дома были купированы сибазоном 10 мг внутривенно. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: накануне после повышения температуры на фоне ОРВИ у пациента появились слабость, головные боли, жажда с увеличением уровня диуреза. Сегодня родственники стали замечать сонливость. При появлении судорог была вызвана скорая помощь. Больной с 12 лет страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 30 ммоль/л. Был определен предварительный диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Осложненное течение. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние. Укажите формулу, по которой проводится расчет осмолярности, посчитайте осмолярность плазмы у больного (уровень Na⁺=150 ммоль/л, уровень K⁺=4,5 ммоль/л, уровне глюкозы плазмы 30 ммоль/л) и укажите нормальные показатели осмолярности.

Ответ: Расчет осмолярности плазмы = 2 (Na⁺, ммоль/л + K⁺, ммоль/л) + глюкоза, ммоль/л. Осмолярность больной равна 339 мосмоль/л. Норма осмолярности - 285-295 мосмоль/л.

Задача (задание) 121.

Пациент 29 лет поступил в приемное отделение. Уровень сознания сопор (ШКГ 11 баллов), зрачки Д=С, фотореакция. На момент осмотра отмечаются судороги. Врачом скорой медицинской помощи судороги, возникшие дома были купированы сибазоном 10 мг внутривенно. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: накануне после повышения температуры на фоне ОРВИ у пациента появились слабость, головные боли, жажда с увеличением уровня диуреза. Сегодня родственники стали замечать сонливость. При появлении судорог была вызвана скорая помощь. Больной с 12 лет страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 30 ммоль/л. Был определен предварительный диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Осложненное течение. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние. Проведите расчет скорректированного Na^+ и выберите тактику инфузионной терапии.

Ответ: Расчет скорректированного Na^+ (для выбора раствора для инфузии): скорректированный Na^+ = измеренный Na^+ + $1,6(\text{глюкоза}-5,5)/5,5$. У больной уровень скорректированного натрия составляет 157 ммоль/л.

В первый час – 1 л 0,9 % раствора NaCl, затем регидратацию во 2-й и 3-й час продолжают 0,45 % (гипотоническим) раствором NaCl – по 0,5–1 л, затем при снижении скорректированного Na^+ до < 145 ммоль/л переходят на 0,9 % раствор NaCl по 0,25–0,5 л (под контролем часового диуреза).

Задача (задание) 122.

Пациент 29 лет поступил в приемное отделение. Уровень сознания сопор (ШКГ 11 баллов), зрачки Д=С, фотореакция. На момент осмотра отмечаются судороги. Врачом скорой медицинской помощи судороги, возникшие дома были купированы сибазоном 10 мг внутривенно. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: накануне после повышения температуры на фоне ОРВИ у пациента появились слабость, головные боли, жажда с увеличением уровня диуреза. Сегодня родственники стали замечать сонливость. При появлении судорог была вызвана скорая помощь. Больной с 12 лет страдает сахарным диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 30 ммоль/л. Был определен предварительный диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Осложненное течение. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние. Особенности инсулинотерапии при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии.

Ответ: С учетом высокой чувствительности к инсулину при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии, в начале инфузионной терапии инсулин не вводят или вводят в очень малых дозах в виде короткодействующего инсулина – 0,5–2 ед/ч, максимум 4 ед/ч в/в болюсно. Если через 4–5 ч от начала инфузии, после частичной регидратации и снижения уровня Na^+ сохраняется выраженная гипергликемия, переходят на режим дозирования короткодействующего инсулина в виде непрерывной инфузии через инфузомат 0,1 ед/кг/ч.

Задача (задание) 123.

Пациент 29 лет поступил в приемное отделение. Уровень сознания сопор (ШКГ 11 баллов), зрачки Д=С, фотореакция. На момент осмотра отмечаются судороги. Врачом скорой медицинской помощи судороги, возникшие дома были купированы сибазоном 10 мг внутривенно. Кожный покров обычной окраски, сухой на ощупь, сниженный тургор кожи. АД = 90/60 мм рт. ст., частота пульса 100 в мин. Из анамнеза: накануне после повышения температуры на фоне ОРВИ у пациента появились слабость, головные боли, жажда с увеличением уровня диуреза. Сегодня родственники стали замечать сонливость. При появлении судорог была вызвана скорая помощь. Больной с 12 лет страдает сахарным

диабетом инсулинзависимым. Несмотря на соблюдение дозирования инсулина, рекомендованного эндокринологом, уровень сахара в крови постепенно нарастал. Последний уровень сахара крови портативным глюкометром был на уровне 30 ммоль/л. Был определен предварительный диагноз: Сахарный диабет 1 типа. Осложненное течение. Гиперосмолярное гипергликемическое состояние. Если одновременно с началом регидратации ошибочно вводятся более высокие дозы инсулина ($\geq 6-8$ ед/ч), возможно быстрое снижение осмолярности с развитием отека легких и отека мозга. С какой скоростью следует снижать осмолярность, чтобы профилактировать развитие указанных осложнений

Ответ: Уровень глюкозы плазмы не следует снижать быстрее, чем на 4 ммоль/л/ч, а осмолярность сыворотки – не более, чем на 3–5 мосмоль/л/ч.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

Критерии	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие	Обучаемый демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием

компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
--	---	--	--

Критерии оценивания форм контроля.

Критерии оценивания при зачёте:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
зачтено	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	логичность и последовательность ответа
не зачтено	недостаточное знание изучаемой предметной области, неудовлетворительное раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	слабые навыки анализа явлений, процессов, событий, неумение давать аргументированные ответы, приводимые примеры ошибочны	отсутствие логичности и последовательности ответа

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных	высокое умение объяснять сущность,	высокая логичность и последовательность

	процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление

отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

ФОРМА БИЛЕТА ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА (СОБЕСЕДОВАНИЕ)

УТВЕРЖДАЮ

**РОСТОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

проректор по последипломному
образованию Рост ГМУ, д.п.н.
З.И. Березина

**Государственная итоговая аттестация по программе
ординатуры**

«___»_____20__г.

31.08.02 Анестезиология-реаниматология

БИЛЕТ № 1

1. Система законодательства об охране здоровья граждан: основные законодательные и нормативные акты, регулирующие охрану здоровья граждан и медицинское страхование в Российской Федерации.
2. Клиническая физиология и биохимия водно-электролитного обмена. Осмолярность.
3. Шок. Виды. Причины. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.
4. Гипертонический криз. Причины. Диагностика. Интенсивная терапия. Документы, регламентирующие оказание медицинской помощи.

Задача (задание)

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. Какие записи должен делать врач анестезиолог-реаниматолог в протоколе предоперационного осмотра при оценке верхних дыхательных путей пациента и прогнозировании возможных трудностей? Алгоритм его действий.

Руководитель ОПОП, д.м.н., доцент _____

Лебедева Е.А.

«___»_____20__г.

Основная литература.

№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
1.	<i>Интенсивная терапия : национальное руководство. - Т. 1. : в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1136 с. (Серия "Национальные руководства") - Доступ из ЭБС "Консультант студента". - Текст электронный. ЭР</i>
2.	<i>Интенсивная терапия : национальное руководство. Т. 2 : в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1056 с. (Серия "Национальные руководства") - Доступ из ЭБС "Консультант студента". - Текст электронный. ЭР</i>
3.	<i>Анестезиология: национальное руководство / под ред. А.А. Бунятына, В.М. Мизикова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача». - Текст электронный. ЭР</i>

Дополнительная литература.

№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр.
1.	<i>Бунятына, А. А. Анестезиология : национальное руководство : краткое издание / под ред. А. А. Бунятына, В. М. Мизикова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 656 с. - Доступ из ЭБС "Консультант студента". - Текст электронный. ЭР</i>
2.	<i>Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии : учебник / под ред. В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2009. - 512с. 76 экз.</i>
3.	<i>Осложнения в детской анестезиологии. Managing complications in paediatric anaesthesia : для врачей и ординаторов / М. Йер ; пер. с англ. под ред. С. М. Степаненко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 271 с. 5 экз.</i>
4.	<i>Антонов, В. Г. Водно-электролитный обмен и его нарушения : руководство для врачей / В. Г. Антонов, С. Н. Жергеля, А. И. Карпищенко, Л. В. Минаева ; под ред. А. И. Карпищенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 208 с. : ил. - 208 с. - Текст электронный. ЭР</i>
5.	<i>Крылов, В. В. Нейрореаниматология : практическое руководство / В. В. Крылов, С. С. Петриков, Г. Р. Рамазанов, А. А. Солодов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") . - Текст электронный. ЭР</i>
6.	<i>Рагимов, А. А. Инфузионно-трансфузионная терапия : руководство / А. А. Рагимов, Г. Н. Щербакова. - 2-е изд., доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - 256 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") . - Текст электронный. ЭР</i>
7.	<i>Хеннеси А.А. Анализ газов артериальной крови понятным языком / А.М. Хеннеси, А.Дж. Джапп; пер. с англ., под ред. В.Л. Кассия. - Москва: Практическая медицина, 2009. - 140с. 1 экз.</i>
8.	<i>Стоун Д. Наглядная анестезиология : учебное пособие для студентов медицинских вузов, интернов, ординаторов = Anaesthesia at a Glance / Д. Стоун, У. Фоусетт ; пер. с англ А.В. Алексеева; под ред. В.А. Светлова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 114 с. 1 экз.</i>
9.	<i>Атлас по анестезиологии : пер. с нем. / Норберт Ревер, Хольгер Тиль. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009. - 392 с. 1 экз.</i>
10.	<i>Лужников, Е. А. Токсикология в педиатрии : руководство для врачей / Е. А. Лужников, Г. Н. Суходолова, Л. А. Коваленко, О. Л. Чугунова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 336 с. - Доступ из ЭБС "Консультант студента". - Текст электронный. ЭР</i>

Интернет-ресурсы

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	<i>Доступ неограничен</i>
2.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	<i>Доступ неограничен</i>
3.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	<i>Открытый доступ</i>
4.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	<i>Доступ с компьютеров библиотеки</i>
5.	БД издательства Springer Nature. - URL: https://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php (Нацпроект)	<i>Доступ неограничен</i>
6.	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	<i>Доступ ограничен</i>
7.	Wiley. Полнотекстовая коллекция электронных журналов Medical Sciences Journal Backfile : архив. – URL : https://onlinelibrary.wiley.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	<i>Бессрочная подписка</i>
8.	Sage Publication : [полнотекстовая коллекция электронных книг eBook Collections]. – URL: https://sk.sagepub.com/books/discipline по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	<i>Бессрочная подписка</i>
9.	Ovid Technologies : [Полнотекстовая архивная коллекция журналов Lippincott Williams and Wilkins Archive Journals]. – URL: https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	<i>Бессрочная подписка</i>
10.	Questel база данных Orbit Premium edition : база данных патентного поиска http://www.orbit.com/ по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	<i>Доступ ограничен</i>

11.	Wiley : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html	<i>Контент открытого доступа</i>
12.	Российское образование. Единое окно доступа : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	<i>Открытый доступ</i>
13.	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	<i>Открытый доступ</i>
14.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	<i>Открытый доступ</i>
15.	Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
16.	Кокрейн Россия : российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
17.	Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ
18.	Univadis from Medscape : международ. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
19.	Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
20.	Мир врачей : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru .	Бесплатная регистрация
21.	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
22.	МЕДВЕСТНИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
23.	PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
24.	Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: https://cyberleninka.org/	Контент открытого доступа
25.	SAGE Openaccess : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
26.	EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access	Контент открытого доступа

27.	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/	Открытый доступ
28.	ScienceDirect : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
29.	Taylor & Francis. Dove Medical Press. Open access journals : журналы открытого доступа. – URL: https://www.tandfonline.com/openaccess/dove	Контент открытого доступа
30.	Taylor & Francis. Open access books : книги открытого доступа. – URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	Контент открытого доступа
31.	Thieme. Open access journals : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: https://open.thieme.com/home	Контент открытого доступа
32.	Karger Open Access : журналы открытого доступа / S. Karger AG. – URL: https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index	Контент открытого доступа
33.	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
34.	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
35.	Directory of Open Access Journals : [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии]. - URL: http://www.doaj.org/	Открытый доступ
36.	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
37.	Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
38.	International Scientific Publications. – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
39.	Медлайн.Ру : научный биомедицинский журнал : сетевое электронное издание. - URL: http://www.medline.ru	Открытый доступ
40.	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
41.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Открытый доступ
42.	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru	Открытый доступ

43.	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
44.	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
45.	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
46.	Словари и энциклопедии на Академике. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
47.	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
48.	Консультант Плюс : справочная правовая система [Некоммерческие интернет-версии]. - URL: http://www.consultant.ru	Открытый доступ по расписанию: по рабочим дням с 20-00 до 24-00 (время московское) выходные и праздничные дни в любое время
49.	Госреестр лекарственных средств - URL: https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx	Открытый доступ
50.	Общероссийская общественная организация «Федерация анестезиологов и реаниматологов» офиц. сайт. - URL: https://faronline.ru/	Открытый доступ
51.	РОООФВАиР / Ростовская обл. обществ. организация "Федерация врачей анестезиологов и реаниматологов". - URL: https://rostovanesthesia.ru/	Открытый доступ
52.	Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов : офиц. сайт. - URL: https://www.arfpoint.ru/	Открытый доступ
53.	Ассоциация детских анестезиологов-реаниматологов России : офиц. сайт. - URL: http://babyanesthesia.ru/	Открытый доступ
54.	Российский сепсис форум : офиц. сайт. - URL: http://www.sepsisforum.ru Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
55.	Ассоциация анестезиологов-реаниматологов : офиц. сайт. - URL: https://association-ar.ru/	Открытый доступ
56.	Ассоциации анестезиологов-реаниматологов Северо-Запада : офиц. сайт. - URL: https://anesth.ru/	Открытый доступ

57.	Ассоциация клинических токсикологов России / Ассоциация токсикологов России : офиц. сайт. - URL: http://toxicology-association.ru/main	<i>Открытый доступ</i>
58.	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал — видеозаписи лекций врачей и преподавателей, выступлений на конференциях, съемки манипуляций - URL: http://www.med-edu.ru/	<i>Открытый доступ</i>
59.	NSICU.RU / отделение реанимации НИИ им. Н.Н. Бурденко : офиц. сайт. - URL: http://www.nsicu.ru Бесплатная регистрация.	<i>Открытый доступ</i>
60.	ANEST-REAN. RU : сайт. - URL: https://anest-rean.ru/	<i>Открытый доступ</i>
61.	Реаниматологическая школа профессора С. В. Царенко [Статьи и лекции по нейрореаниматологии]. - URL: http://www.reancenter.ru/node/33	<i>Открытый доступ</i>
62.	НП «НАСКИ» . Национальная ассоциация специалистов по контролю инфекций : офиц. сайт. - URL: http://nasci.ru/education/clinic_recommendations	<i>Открытый доступ</i>
63.	Все о первой помощи . Площадка для работы профильной комиссии Минздрава России по направлению «Первая помощь». Общероссийская общественная организация «Российское общество первой помощи» : офиц. сайт. - URL: https://allfirstaid.ru/	<i>Открытый доступ</i>

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме,

объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.