федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

по специальности

*31.08.01 Акушерство и гинекология*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России протокол № 11 от «27» июня 2023

Оренбург

 1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачёта.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно–оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Компетенция | Индикаторы компетенции |
| 1. | ОПК 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов | Инд.ОПК4.1.Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями |
| Инд.ОПК4.2.Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные |
| 2. | ОПК 5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность | Инд.ОПК 5.1.Определяет план лечения и назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи |
| Инд.ОПК5.2.Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий |

2. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

*Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.*

1. Современные шкалы операционно-анестезиологического риска и оценки тяжести состояния пациента.
2. Подготовка больного к общей анестезии.
3. Фармакодинамика и фармакокинетика современных анестетиков.
4. Фармакодинамика и фармакокинетика современных анальгетиков и мышечных релаксантов.
5. Экстренная анестезиология. Проблемы и решения.
6. Проводниковые и регионарные методы обезболивания.
7. Анестезиологическое обеспечение в акушерстве.
8. Анестезиологическое обеспечение при сопутствующей патологии.
9. Интенсивная терапия преэклампсии и эклампсии.
10. Острая дыхательная недостаточность. РДСВ. Методы интенсивной терапии.
11. Интенсивная терапия шоковых состояний (гиповолемического, кардиогенного, септического, анафилактического шока).
12. Интенсивная терапия острых нарушений мозгового кровообращения.
13. Интенсивная терапия острого инфаркта миокарда.
14. Современные объемзамещающие растворы. ГЭК.
15. Принципы и методы коррекции нарушений водно-электролитного обмена.
16. Принципы и методы коррекции нарушений КЩС.
17. Основы парентерального питания. Инфузионные среды для парентерального питания.
18. Методы эфферентной детоксикации.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 2. Тестирование  |
| 001  | К абсолютным показаниям перевода на ИВЛ относится:  |
| А  | Уровень сознания (ШКГ) < 8 баллов  |
| Б  | Бронхорея  |
| В  | Астматический статус  |
| Г   | Судорожный приступ  |
| 002  | ИВЛ является продленной при длительности более:  |
| А  | 7 суток  |
| Б  | 6 суток  |
| В  | 8 суток  |
| Г  | 5 суток  |
|   |   |
| 003  | К абсолютным показаниям перевода на ИВЛ относится:  |
| А  | Одышка более 36 в мин  |
| Б  | Бронхорея  |
| В  | Астматический статус  |
| Г   | Судорожный приступ  |
| 004  | К абсолютным показаниям перевода на ИВЛ относится:  |
| А  | Прогрессирующий цианоз  |
| Б  | Бронхорея  |
| В  | Астматический статус  |
| Г   | Судорожный приступ  |
| 005  | К абсолютным показаниям перевода на ИВЛ относится:  |
| А  | ЧДД менее 8 в минуту  |
| Б  | Бронхорея  |
| В  | Астматический статус  |
| Г  | Судорожный приступ  |
|   |   |
| 006  | Рекрутмент применяется  |
| А  | В первую стадию РДСВ  |
| Б  | Во вторую стадию РДСВ  |
| В  | В третью стадию РДСВ  |
| Г  | Во вторую и третью стадию РДСВ  |
|   |   |
| 007  | Инверсия инспираторно-экспираторного соотношения применяется при  |

|  |  |
| --- | --- |
| А  | Реализации протокола «поврежденное легкое»  |
| Б  | Отеке мозга  |
| В  | Обструктивных состояниях  |
| Г  | Отлучении от ИВЛ  |
|   |   |
| 008  | Протокал «поврежденное легкое» при ИВЛ применяется  |
| А  | Во вторую и третью стадию РДСВ  |
| Б  | Во вторую стадию РДСВ  |
| В  | В третью стадию РДСВ  |
| Г  | В первую стадию РДСВ  |
|   |   |
| 009  | Абсолютными показаниями для перевода на ИВЛ являются, все кроме:  |
| А  | Бронхорея  |
| Б  | Апное или тяжелые нарушения ритма дыхания  |
| В  |  Spo2 < 90%  |
| Г  |  Pao2 < 60 мм. Hg  |
| Д  | Выраженные нарушения сознания (сопор, кома)  |
|   |   |
| 010  | Индекс оксигенации – это  |
| А  | Pao2/fio2  |
| Б  | Sаo2  |
| В  | Qs/Qt  |
| Г  |  Aado2  |
|   |   |
| 011  | Нормально значение индекса оксигенации  |
| А  | Более 300  |
| Б  | 200-300  |
| В  | 100-200  |
| Г  | 50-100  |
|   |   |
| 012  | Наиболее частым осложнением ИВЛ является  |
| А  | Вентилятор – ассоциированная пневмония  |
| Б  | ТЭЛА  |
| В  | Баротравма  |
| Г  | Волюмотравма  |
|   |   |
| 013  | Вентиляционная дыхательная недостаточность развивается при  |
| А  | Тяжелой ЧМТ  |
| Б  | Пневмонии  |
| В  | ТЭЛА  |
| Г  | РДСВ  |
|   |   |
| 014  | Вентиляционная дыхательная недостаточность развивается при  |
| А  | Тяжелом инсульте  |
| Б  | Пневмонии  |
| В  | Пневмотораксе  |
| Г | РДСН  |
|   |   |
| 015  | Паренхиматозная дыхательная недостаточность развивается при  |
| А  | ТЭЛА  |
| Б  | Инсульте  |
| В  | Миастении  |
| Г  | Энцефалите  |
|   |   |
| 016  | При обструктивных явлениях в легких инспираторно-экспираторное  |

соотношение целесообразно

|  |  |
| --- | --- |
| А  | Уменьшать  |
| Б  | Не меняеть  |
| В  | Уваличивать  |
| Г  | Инверсировать  |
|   |   |
| 017  | Неинвазивная ИВЛ показана при всем, кроме  |
| А  | Кома  |
| Б  | Синдром ночного апное  |
| В  | ХОБЛ  |
| Г  | Декомпенсация ХСН  |
|   |   |
| 018  | Неинвазивная ИВЛ показана при всем, кроме  |
| А  | Острая гипоксия  |
| Б  | Синдром ночного апное  |
| В  | ХОБЛ  |
| Г  | Декомпенсация ХСН  |
|   |   |

022 При проведении непрямого массажа сердца у взрослых ладони следует расположить

А На середине грудины

Б На нижней трети грудины

В На верхней трети грудины

Г В V межреберном промежутке слева

023 Как чередуют искусственная вентиляция легких и непрямой массаж сердца, если помощь оказывают два человека

|  |  |
| --- | --- |
| А  | 30 компрессий – 2 вдоха  |
| Б  | 2 вдоха -15 компрессий  |
| В  | 1 вдох - 5 компрессий  |
| Г  | 2 вдоха - 4 - 5 компрессии  |
|   |   |
| 024  | Частота компрессий при непрямом массаже сердца  |
| А  | 100 – 120 в 1 минуту  |
| Б  | 80 – 100 в 1 минуту  |
| В  | 60 – 80 в 1 минуту  |
| Г  | 40 – 60 в 1 минуту  |
|   |   |
| 025  | Максимальная доза адреналина во время реанимации  |
| А  | Не ограничена  |
| Б  | 3 – 5 мг  |
| В  | 5 – 10 мг  |
| Г  | 10 – 15 мг  |
|   |   |
| 026  | Применение амидарона показано при  |
| А  | Фиблилляции желудочков  |
| Б  | Асистолии  |
| В  | Полной АВ блокаде  |
| Г  | Электро-миханической диссоциации  |
|   |   |
| 027  | Когда показано проведение дефибрилляции  |
| А  | При фибрилляции желудочков и пароксизмальной желудочковой тахикардии  |
| Б  | При фибриляции предсердий  |
| В  | При асистолии  |
| Г  | При электромеханической диссоциации и идиовентрикулярном ритме  |
|   |   |
| 028  | Данное состояние не относится к числу терминальных  |
| А  | Шок  |
| Б  | Предагония  |
| В  | Агония  |
| Г  | Клиническая смерть  |
|   |   |
| 029  | Данное состояние не относится к числу терминальных  |
| А  | Постреанимационная болезнь  |

Б Предагония

В Агония

Г Клиническая смерть

030 У пациента на ЭКГ диагностирована фибрилляция желудочков.

Первоочередным терапевтическим мероприятием должно быть

А Электрическая дефибрилляция

Б Введение адреналина

В Введение хлорида кальция

Г Введение атропина

031 Какой метод исследования позволяет интраоперационно определить уровень сознания:

|  |  |
| --- | --- |
| А  | BIS-мониторинг  |
| Б  | TOF- мониторинг  |
| В  | Церебральная оксиметрия  |
| Г  | ЭКГ-мониторинг  |
|   |   |
| 032  | Показатель диуреза в норме у взрослого весом 70 кг:  |
| А  | 70мл/час  |
| Б  | 350мл/час  |
| В  | 700мл/час  |
| Г  | 140мл/час  |
|   |   |
| 033  | К коротким миорелаксантам относится  |
| А  | Листенон  |
| Б  | Ардуан  |
| В  | Пропофол  |
| Г  | Тиопентал натрия  |
|   |   |
| 034  | Критерием достаточной глубины вводного наркоза является:  |
| А  | Потеря сознания с развитием сна  |
| Б  | Широкие зрачки  |
| В  | Снижение артериального давления  |
| Г  | Остановка дыхания  |
|   |   |
| 035  | Максимально допустимая общая доза тиопентала натрия в наркозе:  |
| А  | 1000мг  |
| Б  | 2500мг  |
| В  | 500Мг  |
| Г  | 100 Мг  |
|   |   |
| 036  | Характерно повышение АД при вводном наркозе для следующего препарата:  |
| А  | Кетамина  |
| Б  | Тиопентала натрия  |
| В  | Дипривана  |

037 Двигательное возбуждение, повышение АД, мышечная ригидность - симптомы, возникающие после введения:

|  |  |
| --- | --- |
| А  | Кетамина  |
| Б  | Дипривана  |
| В  | Гексенала  |
|   |   |
| 038  | Снижение АД - симптом, возникающий после введения:  |
| А  | Тиопентала натрия  |
| Б  | Катамина  |
| В  | Диаземама  |
| Г  | Атропина  |
|   |   |
| 039  | Оптимальным методом обезболивания нормальных  |

Родов является:

|  |  |
| --- | --- |
| А  | Местная анестезия  |
| Б  | Эпидуральная анальгезия  |
| В  | Масочный наркоз  |
| Г  | Тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ  |
|   |   |
| 040  | Причиной дистресса плода может быть:  |
| А  | Верно всѐ перечисленное  |
| Б  | Стимуляция родов окситоцином  |
| В  | Парацервикальный блок  |
| Г  | Длительная гипервентиляция матери  |
|   |   |
| 041  | При лечении эклампсии не следует применять:  |
| А  | Регидратацию бессолевыми растворами  |
| Б  | Внутривенно сульфат магнезии  |
| В  | Внутривенно фенитоин  |
| Г  | Эпидуральную анестезия  |
|   |   |
| 042  | Высокий блок может развиться при  |
| А  | Спиномозговой анестезии  |
| Б  | Эпидуральной анестезии  |
| В  | Проводниковой анестезии  |
| Г  | Тотальной внутривенной анестезии  |
|   |   |
| 043  | Закон старлинга отражает:  |
| А  | Способность сердца увеличивать силу сокращений при увеличении  |

наполнения его камер

Б Утилизацию кислорода по отношению к производимой работе

В Отношение объема правого предсердия и частоты ритма

Г Отношение сердечного выброса и периферического сопротивления

044 Антагонистом наркотических аналгетиков является

|  |  |
| --- | --- |
| А | Налоксон  |
| Б  | Флумазенил  |
| В  | Бемегрид  |
| Г  | Кордиамин  |
|   |   |
| 045  | Инфузионными средами первого ряда при лечении шока являются  |
| А  | Сбалансированные кристаллоиды  |
| Б  | Кристаллоиды  |
| В  | Коллоиды  |
| Г  | Альбумин  |
|   |   |
| 046  | Показанием для применения ГЭК является  |
| А  | Гиповолемический шок  |
| Б  | Кардиогенный шок  |
| В  | Отек мозга  |
| Г  | Гипергидротацмя  |
|   |   |
| 047  | Характеристика рефрактерного шока  |
| А  | Без эффекта от вазопрессоров  |
| Б  | Тяжелый  |
| В  | Связанный с спон  |
| Г  | Связанный с одн  |
|   |   |
| 048  | В основе кардиогенного шока лежит  |
| А  | Острое нарушение сократительной способности миокарда  |
| Б  | ОДН  |
| В  | Гипокоогуляция  |
| Г  | Гипопротеинемия  |
|   |   |
| 049  | К дистрибьютивным шокам относятся  |
| А  | Анафилактический шок  |
| Б  | Аритмический шок  |
| В  | Кардиогенный шок  |
| Г  | Болевой шок  |
|   |   |
| 050  | Клинические симптомы кардиогенного шока  |
| А  | Резкое снижение АД, частый нитевидный пульс  |
| Б  | Лихорадка, кашель со «ржавой» мокротой  |
| В  | Лихорадка, лимфаденопатия  |
| Г  | Одышка, застойные хрипы при аускультации  |
|   |   |
| 051  | Какие лекарственные средства используются для терапии кардиогенного  |

шока?

А Допамин;

Б Мезатон

В Преднизолон;

|  |  |
| --- | --- |
| Г | Полиглюкин  |
|   |   |
| 052  | Анафилактический шок является следствием всего, кроме  |
| А  | Теплового удара  |
| Б  | Укусов насекомых  |
| В  | Алементарного фактора  |
| Г  | Лекарственной аллергии  |
|   |   |
| 053  | Препарат первого выбора при анафилактическом шоке  |
| А  | Адреналин  |
| Б  | Преднизолон  |
| В  | Димедрол  |
| Г  | Эуфилин  |
|   |   |
| 054  | Наиболее выраженный кардиодепрессивный эффект у препарата  |
| А  | Бупивакаин  |
| Б  | Ропивокаин  |
| В  | Новокаин  |
| Г  | Лидокаин  |
|   |   |
| 055  | Какие цифры систолического артериального давления характерны для шока I  |

степени

|  |  |
| --- | --- |
| А  | 80-90 мм рт.ст.+  |
| Б  | 60-80 мм рт ст  |
| В  | Ниже 60 мм рт. ст.  |
| Г  | 120-130 мм рт.ст.  |
|   |   |

056 Какие цифры систолического артериального давления характерны для шока II степени

|  |  |
| --- | --- |
| А  | 60-80 мм рт ст  |
| Б  | Ниже 60 мм рт. ст.  |
| В  | 80-90 мм рт.ст.  |
| Г  | 120-130 мм рт.ст.  |
|   |   |

057 Какие цифры систолического артериального давления характерны для шока III степени

|  |  |
| --- | --- |
| А  | Ниже 60 мм рт. ст  |
| Б  | 60-80 мм рт ст  |
| В  | 80-90 мм рт.ст.  |
| Г  | 120-130 мм рт.ст.  |
|   |   |

058 Максимальное действием кетамина после внутривенного введения наступает через

А 60 с

Б 70 с

В 80 с

Г 90-100 с

059 При тяжелой закрытой ЧМТ:

А ВЧД зависит от артериального кровяного давления

Б повышение ВЧД прямо пропорционально приложенному PEEP

В фиксированные дилятированные зрачки всегда указывают на т яжелую травму мозга

|  |  |
| --- | --- |
| Г  | лечение включает гипервентиляцию с PaCO2 3,0 kPa(23 mm Hg)  |
|   |   |
| 060  | Повышенного РаСО2 можно ожидать при  |
| А  | массивной легочной эмболии  |
| Б  | диабетическом кетоацидозе  |
| В  | уремической рвоте  |
| Г  | спонтанном пневмотораксе  |
|   |   |
| 061  | Гиповентилляционный синдром при ожирении характеризуется  |

патологическими нарушениями, включающими снижение

|  |  |
| --- | --- |
| А  | податливости (compliance) легких-грудной клетки  |
| Б  | концентрации бикарбоната плазмы  |
| В  | резистентности воздушных путей  |
| Г  | работы дыхания  |
|   |   |
| 062  | Ведущим синдромом при отравлении бледной поганкой является:  |
| А  | а острая печѐночная недостаточность  |
| Б  | отек лѐгких  |
| В  | острая почечная недостаточность  |
| Г  | судорожный синдром  |
|   |   |
| 063  | При развитии гипокарбии во время ИВЛ следует в первую очередь:  |
| А  | уменьшить частоту дыхания  |
| Б  | уменьшить давление на вдохе  |
| В  | уменьшить давление на выдохе  |
| Г  | отменить назначение седативных препаратов  |
|   |   |
| 064  | Опиоиды:  |
| А  | не влияют на мозговой кровоток  |
| Б  | б снижают мозговой кровоток и внутричерепное давление  |
| В  | увеличивают потребление кислорода головным мозгом  |
| Г  | вызывают значительные изменения на ЭЭГ  |
|   |   |
| 065  | Для состояния гиповолемии не характерно:  |
| А  | повышение ЦВД  |
| Б  | снижение АД, тахикардия  |
| В  | уменьшение ударного объема и сердечного выброса (УО и СВ)  |
| Г  | уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК)  |
|   |   |

066 На догоспитальном этапе применение наркотических анальгетиков недопустимо при подозрении:

|  |  |
| --- | --- |
| А  | на черепно-мозговую травму  |
| Б  | на переломы таза  |
| В  | на переломы бедра  |
| Г  | на компрессионные переломы позвоночника  |
|   |   |
| 067  | Противопоказанием к проведению форсированного диуреза является  |
| А  | экзотоксический шок  |
| Б  | гемолиз  |
| В  | коматозное состояние  |
| Г  | противопоказаний нет  |
|   |   |
| 068  | Следующие вещества являются антиконвульсантами:  |
| А  | мидазолам  |
| Б  | суксаметониум  |
| В  | нифедипин  |
| Г  | атракуриум  |
|   |   |
| 069  | Атропин применяется как антидот при отравлении  |
| А  | ФОС  |
| Б  | амитриптилином  |
| В  | инсулином  |
| Г  | этиленгликолем, метиловым спиртом  |
|   |   |
| 070  | Гиповентиляционный синдром при ожирении характеризуется  |

патологическими нарушениями, включающими снижение

А податливости (compliance) легких-грудной клетки

Б концентрации бикарбоната плазмы

В резистентности воздушных путей

Г работы дыхания

071 Гормоном коры надпочечников, в значительной степени не зависящим от влияния гипофиза, является

|  |  |
| --- | --- |
| А  | альдостерон  |
| Б  | АКТГ  |
| В  | гидрокортизон  |
| Г  | кортизон  |
|   |   |
| 072  | Периоперативная олигурия бывает из-за  |
| А  | высвобождения АДГ  |
| Б  | стимуляции освобождения альдостерона  |
| В  | гистаминового эффекта  |
| Г  | специфического эфекта анестезии на почечные канальцы  |
|   |   |
| 073  | Для тиреотоксического криза не характерно:  |
| А | бронхоспазм  |
| Б  | ощущение жара в теле  |
| В  | абдоминальные боли  |
| Г  | аритмия  |
|   |   |
| 074  | Показаниями к электрокардиоверсии являются  |
| А  | желудочковая тахикардия  |
| Б  | узловая брадикардия  |
| В  | синусовая тахикардия  |
| Г  | электро-механическая диссоциация  |
|   |   |
| 075  | Для проявлений тяжелого диабетического кетоза не характерно  |
| А  | увеличение анионной разницы (anion gap)  |
| Б  | увеличение сывороточной концентрации калия  |
| В  | кетонурия  |
| Г  | гипервентиляция  |
|   |   |
| 076  | Положительное давление в конце выдоха (PEEP) уменьшает  |
| А  |  внутригрудной объем крови  |
| Б  | PaCO2  |
| В  | функциональную остаточную емкость  |
| Г  | внутричерепное давление  |
|   |   |
| 077  | Левожелудочковая недостаточность может быть вызвана:  |
| А  | перегрузкой объемом крови  |
| Б  | недостаточным притоком крови к сердцу  |
| В  | гоповолюмией  |
|   |   |
| 078  | Тромбоцитопения может наступить:  |
| А  | при ДВС-синдроме в стадии коагулопатии потребления  |
| Б  | при значительной гепаринемии  |
| В  | при травмах с разможжением мышц  |
|   |   |
| 079  | У экстренного больного с выраженной гиповолемией анестетиком выбора  |

может быть:

|  |  |
| --- | --- |
| А  | кетамин  |
| Б  | фторотан  |
| В  | барбитураты  |
|   |   |
| 080  | Нормальный уровень натрия плазмы крови  |
| А  | 130-155 ммоль/л  |
| Б  | 120-145 ммоль/л  |
| В  | 160-175 ммоль/л  |
| Г  | 150-175 ммоль/л  |
|   |   |
| 081  | Нормальный уровень кальция плазмы крови  |

|  |  |
| --- | --- |
| А  | 2,1-2,9 ммоль/л  |
| Б  | 1,20-1,4 ммоль/л  |
| В  | 1,60-1,7 ммоль/л  |
| Г  | 3,0-3,7 ммоль/л  |
|   |   |
| 082  | Нормальный уровень калия плазмы крови  |
| А  | 3,2-5,5 ммоль/л  |
| Б  | 3,5-4,9 ммоль/л  |
| В  | 5,4-6,9 ммоль/л  |
| Г  | 2,1-4,4 ммоль/л  |
|   |   |
| 083  | Нормальный уровень осмолярности плазмы крови  |
| А  | 280-295 мосмоль/л  |
| Б  | 260-275 мосмоль/л  |
| В  | 250-265 мосмоль/л  |
| Г  | 270-285 мосмоль/л  |
|   |   |
| 084  | Нормальный уровень paco2  |
| А  | 35-45 мм. Рт.ст.  |
| Б  | 30-40 мм рт. Ст.  |
| В  | 32-42 мм рт. Ст.  |
| Г  | 40-50 мм рт. Ст.  |
|   |   |
| 085  | Нормальный уровень рао2  |
| А  | 80-95 мм. Рт.ст.  |
| Б  | 60-80 мм рт. Ст.  |
| В  | 72-100 мм рт. Ст.  |
| Г  | 40-50 мм рт. Ст.  |
|   |   |
| 086  | Нормальный уровень рн артериальной крови  |
| А  | 7,35-7,45  |
| Б  | 7,30-7,50  |
| В  | 7,4-7,5  |
| Г  | 7,6-7,7  |
|   |   |
| 087  | Наиболее частые причины метаболического ацидоза  |
| А  | Декомпенсация сахарного диабета, инфекционные процессы  |
| Б  | Гипоксия  |
| В  | Гипервентиляция  |
| Г  | Нарушение технологии ИВЛ  |
|   |   |
| 088  | Наиболее частые причины респираторного ацидоза  |
| А  | Гипоксия, гипоксемия различной этиологии  |
| Б  | Кетоацидоз, лактоацидоз  |
| В  | Гипервентиляция  |
| Г  | Нарушения технологии ИВЛ  |
|   |   |
| 089  | Наиболее частые причины метаболического алкалоза  |
| А  | Рвота, отравления щелочами  |
| Б  | Кетоацидоз, лактоацидоз  |
| В  | Нарушение технологии ИВЛ  |
| Г  | Гипоксия  |
|   |   |
| 090  | Наиболее частые причины респираторного алкалоза  |
| А  | Гипервентиляция  |
| Б  | Кетоацидоз, лактоацидоз  |
| В  | Нарушение технологии ИВЛ  |
| Г  | Гипоксия  |
|   |   |
| 091  | При центральном соль-теряющем синдроме необходимо  |
| А  | Усилить инфузионную терапию  |
| Б  | Уменьшить инфузионную терапию  |
| В  | Применить фуросемид  |
| Г  | Применить осмодиуретики  |
|   |   |
| 092  | При синдроме неадекватной секреции АДГ необходимо  |
| А  | Уменьшить ОЦК  |
| Б  | Усилить инфузионную терапию  |
| В  | Применить фуросемид  |
| Г  | Применить осмодиуретики  |
|   |   |
| 093  | При синдроме несахарного диабета необходимо  |
| А  | Коррегировать явления дегидратации  |
| Б  | Усилить инфузионную терапию  |
| В  | Инфузии инсулина  |
| Г  | Применение осмодиуретиков  |
|   |   |
| 094  | К ЭКГ признакам гиперкалиемии относятся  |
| А  | Высокий заостренный зубец Т с нормальным интервалом QT и снижение  |

амплитуды зубца Р с удлинением интервала PQ

Б Высокий заостренный зубец Т с удлененным интервалом QT и снижение

амплитуды зубца Р с удлинением интервала PQ

|  |  |
| --- | --- |
| В  | Снижение амплитуды зубца Р с удлинением интервала PQ  |
| Г  | Увеличение амплитуды зубца Р с удлинением интервала PQ  |
|   |   |
| 095  | Наиболее точным методом определения ОЦК является  |
| А  | Транспульманальная термодиллюция  |
| Б  | Определение ЦВД  |
| В  | Определение гематокрита  |
| Г   | Реография  |
| 096  | Какие разновидности вклинения мозга существуют?  |
| А  | 1. Височно-тенториальное, мозжечковое, центральное, лобное  |
| Б  | 2. Височно-тенториальное, мозжечковое, центральное  |
| В  | 3. Височно-тенториальное, мозжечковое, лобное  |
| Г   | 4. Височно-тенториальное, центральное, лобное  |
| 097  | Показания к госпитализации в отделение реанимации оп¬ределяет  |
| А  | Заведующий отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач  |
| Б  | Зам. Главного врача по лечебной части  |
| В  | Профильный дежурный специалист приемного отделения  |
| Г   | Главный врач больницы  |
| 098  | Центральное венозное давление (цвд) является показателем  |
| А  | Степени сосудистого заполнения при гиповолемии и сократительной  |

способности правого желудочка

|  |  |
| --- | --- |
| Б  | Сократительной способности правого желудочка  |
| В  | Объема крови  |
| Г   | Венозного тонуса  |
| 099  | К признакам острой тампонады сердца относится  |
| А  | Набухание шейных вен  |
| Б  | Брадикардия  |
| В  | Массивный асцит  |
| Г   | Анасарка  |
| 100  | Во время сердечно-легочной реанимации  |
| А  | Соотношение массажа сердца и ИВЛ составляет 30:2  |
| Б  | Внутрисердечно вводится кальция хлорид  |
| В  | Прекардиальный удар проводится при любом виде остановки кровообращения  |
| Г  | Дефибрилляция проводится при асистолии  |

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1**. «Анестезиология и реаниматология»

**Тема 1.** «Современные методы общего обезболивания в медицине»

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** Устный опрос

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**Вопросы для устного ответа:

1. Определение боли. Физиология ноцицептивной и антиноцицептивной систем.
2. Определение анестезии, аналгезии, седации. Клинические признаки данных состояний. Классификация анестезий.
3. Определение и методы ингаляционной общей анестезии. Преимущества, недостатки, осложнения.
4. Определение и методы неингаляционной общей анестезии. Преимущества, недостатки, осложнения.
5. Определение и методы местной анестезии (терминальной, инфильтрационной, проводниковой, паравертебральной, эпидуральной, спинальной). Преимущества, недостатки, осложнения.

**Тема 2**. «Анестезиологическое пособие в акушерстве»

**Формы текущего контроля успеваемости**: Устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**: Вопросы для устного ответа:

1. Особенности проведения регионарной анестезии в акушерстве. Показания.
2. Методики проведения регионарной анестезии, используемые препараты и их влияние на плод и новорожденного.
3. Эпидуральная анестезия. Преимущества и осложнения.
4. Техника проведения эпидаральной анестезии, премедикация. Показания.

**Тема 3.** «Реаниматология – наука о преодолении терминальных состояний Терминальные состояния»

**Формы текущего контроля** **успеваемости** Устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**Вопросы для устного ответа:

1. Определение понятий критические и терминальные состояния, интенсивная терапия и реанимация при них.
2. История развития реанимационных мероприятий. Роль отечественных ученых в развитии реаниматологии
3. Диагностика терминальных состояний. Клиника и периоды терминального состояния.
4. Постреанимационная болезнь. Определение понятия. Этапы развития. Мониторинг. Основные задачи и элементы лечебной программы постреанимационной интенсивной терапии, мониторинга и ухода.

**Тема 4.** «Сердечно-легочно-мозговая реанимация у взрослых»

**Формы текущего контроля** **успеваемости** Устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**Вопросы для устного ответа:

1. Сердечно-легочно-мозговая реанимация.
2. Классическая схема реанимации по П. Сафару. Российский протокол СЛМР (2004 г.), современные принципы проведения СЛМР (2015 г.).
3. Массаж сердца (прямой (открытый), непрямой (закрытый)). Реанимация при оказании помощи одним и двумя реаниматорами.
4. Показатели эффективности реанимации.
5. Электроимпульсная, медикаментозная и инфузионная терапия. Методы контроля за состоянием жизненно важных органов и систем организма при проведении реанимации

**Тема 5.** «Синдром шока. Патогенез. Классификация, интенсивная терапия»

**Формы текущего контроля** **успеваемости** Устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:** Вопросы для устного ответа:

1. Понятие о шоке, определение понятия. Классификация. Механизм развития основных видов шока. Виды шока, формы шока. Шок в контексте синдрома полиорганной недостаточности. Мониторинг у пациентов в шоках различного генеза.
2. Травматический шок. Причины. Механизмы развития. Неотложная помощь при травматическом шоке.
3. Геморрагический шок. Причины. Механизмы развития. Неотложная помощь при геморрагическом шоке.
4. Анафилактический шок. Причины. Механизмы развития. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
5. Инфекционно-токсический шок. Причины. Механизмы развития. Сепсис как ведущее патологическое состояние. Неотложная помощь при инфекционнотоксическом шоке.
6. Истинный кардиогенный шок. Причины. Механизмы развития. ОКС. ОИМ. Неотложная помощь в контексте современных подходов лечения ОКС.

Аритмический шок. Причины. Механизмы развития. Неотложная помощь при аритмическом шоке.

**Тема 6.** «Острая массивная кровопотеря. Интенсивная терапия»

**Формы текущего контроля** **успеваемости** Устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**Вопросы для устного ответа:

1. Понятие массивной кровопотери. Мониторинг основных жизненных показателей пациента при подозрении на кровопотерю. Лабораторные показатели. Классификация кровотечений (по направлению тока крови, поврежденному сосуду, по степени тяжести).
2. Особенности обезболивания при массивных кровопотерях. Варианты выбора метода обезболивания при острой массивной кровопотери.
3. Геморрагический шок. Понятие. Интенсивная терапия.
4. Особенности инфузионно-трансфузионной терапии геморрагического шока у больных с повреждением печени и селезенки.

**Тема 7.** «СПОН. Сепсис. Интенсивная и заместительная терапия»

**Формы текущего контроля** **успеваемости** Устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**Вопросы для устного ответа:

1. Этиология септических состояний. Современные представления о резистентности микроорганизмов.
2. Патогенез сепсиса. Стадии развития. Патогенез СПОН.
3. Сепсис и СПОН в хирургической и акушерской практике
4. Интенсивная терапия сепсиса и СПОН. Мониторинг. Современные шкалы для оценки тяжести и прогнозирования исхода острого сепсиса и СПОН (SOFA, APACHE III, SAPS II).
5. Особенности интенсивной терапии и инфузионно-трансфузионной терапии септического шока.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| Форма контроля | Критерии оценивания |
| Устный опрос | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **проверка практических навыков** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется, если обучающийся правильно воспроизвѐл все элементы данного практического навыка в правильной последовательности. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется, если обучающийся воспроизвѐл принципиально важные элементы данного практического навыка в правильной последовательности, допускается изменение порядка действий, не отразившееся на результате |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется, если обучающийся пропустил некоторые элементы навыка или незначительно нарушил порядок выполнения |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся пропустил принципиально важные элементы навыка, или значительно нарушил порядок выполнения, или не завершил выполнение навыка |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **решение ситуационных задач**  | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
|  | Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие |
|  | Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
|  | Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

3. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится по зачетным билетам в устной форме с предварительной подготовкой тезисов ответа.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на
промежуточной аттестации**

**Зачтено:** Глубоко и точно усвоил программный материал, четко и логически его излагает, правильно обосновывает принятое решение. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов.

**Не зачтено:** Не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, не может принять правильного решения. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют.

 **Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

 1. Принципы организации анестезиолого-реанимационной службы: Пр. № 841(1986), Пр. № 25(1999).

2. Правовые вопросы анестезиолого-реанимационной службы (ст.172 УК РФ – халатность, преступная небрежность). Пр. № 541, Пр. № 363 от 25.11.2002 (инструкция по переливанию крови).

3. Асептика и антисептика. Принципы и методы декантоминации наркознодыхательной аппаратуры. Пр.№ 720.

4. Боль. Теории боли. Ноцицепция и антиноцицепция (периферическая и центральная гипералгезия).

5. Степени операционно-анестезиологического риска. Шкала МНОАР. Шкала ASA.

6. Мониторный контроль. Виды. Задачи. Контроль адекватности анестезии.

7. Современные компоненты общей и регионарной анестезии.

8. Виды премедикации. Цель и задачи. Оценка эффективности.

9. Эпидуральная анестезия. Методика, показания и противопоказания. Осложнения.

10. Спинномозговая анестезия. Методика, показания и противопоказания. Осложнения.

11. Классификация осложнений анестезиологического пособия. Экспертная оценка.

12. Ошибки и осложнения общей и регионарной анестезии (Гр. А, Гр В) на этапах обезболивания.

13. Характеристика современных внутривенных анестетиков и транквилизаторов.

14. Характеристика современных анальгетиков. Классификация. Фармакокинетика и фармакодинамика.

15. Оценка интенсивности боли. Мультимодальный подход к послеоперационному обезболиванию.

16. Физиологические изменения в организме при беременности. Фармакодинамика и фармакокинетика анестетиков с позиций плацентарной проницаемости.

17. Особенности анестезии в плановом акушерстве и гинекологии (кесарево сечение, обезболивание неосложненных родов, малые гинекологические вмешательства).

18. Анестезиолого-реанимационное обеспечение преэклампсии и эклампсии.

19. Современные подходы к сердечно-легочной и мозговой реанимации. Первичный (А, В, С,) и расширенный (D) реанимационные комплексы. Принцип ранней дефибрилляции.

20. Юридические аспекты реанимационных мероприятий. Пр.№73 от 4.03.2003 Понятие смерти мозга, основы диагностики. Пр. №460 от 20.12.2001.

 21. Постреанимационная болезнь. Стадии. Этиология. Апалический синдром. Принципы лечения больных.

 22. Шок. Клиника. Классификация. Диагностика

 23. Кардиогенный шок. Патогенез, клиника, интенсивная терапия.

 24. Анафилактический шок. Патогенез. Клиника. Интенсивная терапия.

 25. Геморрагический шок. Классификация степени кровопотери. Патогенез, клиника, интенсивная терапия.

 26. Сепсис. Септический шок. Патогенез, диагностика, интенсивная терапия.

 27. Водно-электролитный гомеостаз. Принципы интраоперационной и послеоперационной инфузионно-трансфузионной терапии.

 28. Интенсивная терапия нарушений водно-электролитного (дегидратация, гипергидратация) и белкового (гипоонкия) обменов в реаниматологии.

 29. Коллоидные и кристаллоидные растворы. Классификация, фармакологичесике особенности, показания к использованию.

 30. Синдром массивных гемотрансфузий. Патогенез, диагностика, интенсивная терапия.

 31. Интенсивная терапия трансфузионного шока при переливании несовместимой крови.

 32. Кислотно-щелочное равновесие. Виды нарушений. Принципы диагностики и коррекции.

 33. ДВС-синдром. Этиология, клиника, диагностика, интенсивная терапия.

 34. Техника безопасности в операционной.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**1 . ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентке 27 лет проводилась в родах эпидуральная анальгезия. На 2-й день послеродового периода жалуется на сильные головные боли, многократную рвоту, светобоязнь. Температура тела 39,5°С, отмечается судорожная готовность, гиперчувствительность, общая выраженная слабость, апатия, положительные менингеальные знаки. В крои лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево.

1. **Ваш диагноз?**
2. **Чем скорее всего вызван менингит?**
3. **Как провести противосудорожную терапию?**
4. **Стартовая антибактериальная терапия?**
5. **Какое еще лечение следует назначить?**

**2. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У больной А. 37 лет, страдающей варикозным расширением подкожных вен левой нижней конечности, на 3-й день после операции кесарева сечения появились боли и покраснение по ходу вены на голени и бедре, t-37,2оС градусов. При осмотре отмечается гиперемия, резкая болезненность и уплотнение по ходу варикозно расширенной большой подкожной вены, начиная с с/3 голени до в/3 бедра. Остальные расширения вены мягкие, безболезненные. Отеков нет. PS 88 уд/мин, АД-130\80 мм рт.ст.

1. **Ваш диагноз?**
2. **Причины данного осложнения?**
3. **Возможные осложнения данного заболевания?**
4. **Какие профилактические мероприятия надо бело проводить, чтобы избежать этого осложнения?**
5. **Лечебная тактика?**

**3. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Во время переливания эритроцитарной массы совместимой по системе АВО и резус-фактору у родильницы после абдоминального родоразрешения отмечено повышение температуры тела до 38оС, озноб, одышка, появились высыпания на коже в виде крапивницы. Переливание было приостановлено, внутривенно введен супрастин, хлорид кальция, кортикостероиды. На фоне проведенной терапии состояние нормализовалось, указанные явления купированы.

1. **Ваш диагноз?**
2. **Как классифицируются гемотрансфузионные реакции по степени тяжести? В чем разница между гемотрансфузионными реакциями и гемотрансфузионными осложнениями?**
3. **В чем разница между аллергическими и пирогенными реакциями?**
4. **Общие принципы лечения гемотрансфузионных реакций?**
5. **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная С. поступила на плановое кесарево сечение, согласно плану анестезиологического пособия решено оперировать пациентку под спинномозговой анестезией.

1. **Техника проведения спинномозговой анестезии?**
2. **Какие лекарственные вещества используются для проведения спинномозговой анестезии (количество, концентрация)?**
3. **В каком положении должна находиться пациентка на операционном столе? Какой метод регионарной анестезии вы можете предложить в качестве альтернативы спинномозговой анестезии, и чем они различаются?**
4. **Каковы осложнения при спинномозговой анестезии?**
5. **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У больной в момент выведения из эндотрахеального наркоза после операции кесарева сечения развились явления дыхательной недостаточности. При аускультации легких клокочущее дыхание, цианоз лица, в полости рта рвотные массы. В момент экстубации обнаружено, что разорвалась манжетка на эндотрахеальной трубке.

1. **Укажите вид развившегося осложнения?**
2. **Объем лечебных мероприятий при данном осложнении?**
3. **Какое заболевание может возникнуть в послеоперационном периоде?**
4. **Как можно диагностировать данное заболевание?**
5. **Профилактика данного осложнения?**
6. **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Женщина 22 лет была доставлена в родильное отделение с тяжелой преэклампсией (генерализованные отеки, протеинурия 8 г/л) при сроке беременности 32 нед. Артериальное давление у нее составляет 150/95 — 180/110 мм рт.ст., ЧСС 112 уд/мин.Рост 172 см, вес 125 кг. Тромбоциты 156000. Предстоит экстренное абдоминальное родоразрешение.

**1. Какой вид анестезии предпочтителен?**

 **2. Как коррегировать артериальную гипертензию?**

 **3. Объем инфузии в послеоперационном периоде?**

**5. Характер послеоперационной анальгезии?**

1. **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная С., 25 лет, в отделение реанимации поступила с диагнозом: беременность 37 лет, преэклампсия тяжелой степени. После проведения кесарева сечения через 40 мин у больной лабораторно - выраженный гемолиз, наличие свободного гемоглобина в моче, тромбоцитопения, резкое повышение АсТ и АлТ, гипребилирубинемия за счет непрямого. Необходимо: объяснить вероятную назначить и провести терапию, высказать предположения об осложнениях.

**1. Причина развившегося осложнения?**

 **2. Как коррегировать артериальную гипертензию?**

1. **Объем инфузии в послеоперационном периоде?**
2. **Характер послеоперационной анальгезии?**
3. **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больная К., 25 лет, поступила в отделение реанимации роддома после перенесенного приступа эклампсии. Отмечается артериальная гипертензия (АД 175/125, ЧСС 116 уд/мин), генерализованные отеки, протеинурия. Через 20 мин после поступления у больной развился приступ клонико-тонических судорог. Кома I. В анамнезе судорожные припадки не отмечались. Необходимо: определить наиболее вероятную причину развития судорог, определить схему терапии

1. **Ваш диагноз?**
2. **Лечебные мероприятии первой очереди?**
3. **Как коррегировать артериальную гипертензию?**

 **4. Когда больную можно будет родоразрешать?**

**5. Длительность послеоперационной ИВЛ?**

1. **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

В перинатальный центр поступила первородящая 24 лет с регулярной родовой

деятельностью при доношенной беременности. Схватки в течение 7 часов. Вес роженицы – 72 кг, рост – 160 см. Общая прибавка веса за беременность – 12 кг. Состояние удовлетворительное. АД –120/80 (D=S), Пульс – 84 в 1 мин. ОЖ – 98 см, ВДМ – 39 см. Размеры большого таза: 26-29-32-21 см. Схватки через 3 минуты, по 30-35 секунд. Положение плода продольное, позицию и вид плода приемами Леопольда не удалось установить. Предлежащая часть объемная и плотная, не баллотирует, при применении четвертого приема на предлежащей части концы пальцев сходятся, а основания ладоней расходятся. Сердцебиение плода выслушивается на уровне пупка – 138 в минуту, звучное. Влагалищное исследование: наружные половы органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка сглажена, края тонкие, раскрытие 5 см. Плодный пузырь цел, хорошо наливается при схватках. Предлежит головка, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева под лоном. Безымянные линии таза частично заняты головкой, Внутренняя поверхность лонного сочленения доступна исследованию. Крестцовая впадина свободна, к мысу можно подойти лишь согнутым пальцем, но при этом мыс не достижим.

1. **Тактика ведения такой пациентки**
2. **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

В приемное отделение родильного дома машиной скорой помощи доставлена беременная

женщина с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей, появившиеся во сне, слабость, головокружение, потемнение в глазах. Из анамнеза. Женщина состоит на учете в ЖК по беременности с 8 нед, обследована, посещает ЖК регулярно. Беременность–третья, первая беременность – мед. аборт без осложнений, 2 беременность – преждевременные роды в 35 недель 4 года назад, ребенок жив. По УЗИ, проведенному 1 неделю назад, установлено: плод соответствует 30 неделям беременности, плацента 1 степени зрелости, расположена по передней стенке матки, перекрывая внутренний зев.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, холодные на ощупь.

Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 24 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, АД – 80\40 мм.рт.ст., пульс – 110 уд в мин, ритмичный, слабого наполнения. Матка в нормальном тонусе. ВДМ -33см, ОЖ – 92 см, положение плода поперечное, головка справа. Сердцебиение плода приглушено, 170 уд в мин, ритмичное. Из влагалища обильные ярко-красные выделения. Общий объем кровопотери на момент осмотра составил 700 мл. Моча выведена катетером, светлая – 30 мл. Анализ крови: Hb – 80 г\л, эритроциты – 2.5 млн, Ht – 27%, АЧТВ – 35 сек, количество тромбоцитов – 180 тыс, тромбиновое время – 28 сек, количество фибриногена – 2 г\л

1. **Ваш диагноз**
2. **Тактика ведения**
3. **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Беременная 26 лет поступила в роддом на машине скорой помощи в экстренном порядке.

Жалобы на резкие боли внизу живота и слабость в течение последнего часа. Срок беременности по последней менструации – 36 недель. Из анамнеза. Менструации с 13 лет, по 5 дней, через 30 дней, регулярные, умеренные, половая жизнь с 17 лет. Беременность первая, в 30-нед беременности получала стационарное лечение в отделении патологии беременности по поводу умеренной преэлампсии. По УЗИ, выполненному 2 недели назад, плод соответствует 32 неделям беременности, плацента 2 степени зрелости, расположена по передней стенке матки на 6 см выше внутреннего зева. Обьективно. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, отеки голеней. Вес 75 кг, рост 165 см. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД-24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/50 и 90/50 мм рт.ст. Пульс 120 в мин. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки. ОЖ 82 см, ВДМ 33 см. Матка овоидной формы, плотная, не расслабляется, отмечается ассиметрия матки с выбуханием по передней стенке. Положение плода продольное. Предлежащая часть плода не определяется из-за гипертонуса матки, сердцебиение плода глухое, ритмичное, 100 уд/мин. Осмотр в зеркалах: шейка матки отклонена кзади, чистая, выделения кровянистые умеренные со сгустками.

Дополнительные методы обследования по cito: Анализ крови: Эр 3,2х1012/л, Нb 90 г/л, лейкоциты 9х109 /л., количество тромбоцитов – 150 тыс, АЧТВ – 60 сек, фибриноген – 1 г\л, ПТИ – 70%. Общий анализ мочи: удельный вес 1014, белок – 2,1 г\л, сахара нет, лейкоциты, эпителий 2-3 в поле зрения. Кардиотокограмма: оценка по Фишеру 5 баллов, V и W – образные децелерации, неглубокие, непродолжительные, НСТ тест отрицательный. УЗИ: плацента по передней стенке матки, мелкокистозные изменения, ретроплацентарная гематома 3х3 см.

**1.** **Ваш диагноз**

**2. Тактика ведения**

**12. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Беременная И., 25 лет, 1 марта в экстренном порядке доставлена бригадой скорой помощи в

родильный дом. Жалобы на сильные головные боли, мелькание мушек перед глазами, боли в

эпигастральной области. Из анамнеза. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из

перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, нечастые ОРЗ. Менструация с 13 лет, по 5

дней, через 26 дней. Выделения умеренные. Последняя менструация 6-11 июня. Настоящая

беременность первая. В ж/к наблюдалась с 14 недель, нерегулярно. В течение последнего месяца

средняя прибавка веса составила 750 г за неделю. Две недели назад появились отеки голеней,

протеинурия 0,033-0,09 г/л. От госпитализации отказывалась.

Status praesens. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, умеренно

влажные. Температура тела 37 С. Пульс 85 в минуту, АД 180/100-190/110 мм рт.ст. Отеки

генерализованные.

29

Status obstetricus. Размеры таза: 26-29-31-20 см. Живот увеличен в объеме за счет

беременной матки. матка в нормотонусе. ВДМ 40 см. ОЖ 98 см. В дне матки пальпируется

объемная, мягкая часть плода, в левой половине матки - обширная равномерная площадка, в

правой - мелкие выступы, в нижнем маточном сегменте -округлая, более плотная, с четкими

контурами подвижная над входом в малый таз часть плода. Сердцебиение плода приглушено,

ритмичное, 135 уд/мин, выслушивается ниже пупка слева.

Влагалищное исследование. При осмотре: наружные половые органы развиты правильно.

Оволосение по женскому типу. Per speculum шейка матки цилидрической формы. Слизистая

шейки матки чистая, наружный маточный зев приоткрыт. Выделения из цервикального канала

слизистые, умеренные. Per vaginam: шейка матки укорочена, длиной 2 см, мягкая, незначительно

отклонена кзади от проводной оси малого таза, наружный маточный зев пропускает кончик

пальца. Через своды влагалища пальпируется округлая, плотная, с четкими контурами часть

плода, подвижная над входом в малый таз. Мыс не достигается.

Лабораторные и дополнительные методы обследования.

Общий анализ мочи: моча темно-желтая, мутная, удельный вес 1010, реакция кислая, белок

1,0 г/л, сахар отрицательный, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эпителий плоский 2-3 в поле зрения.

Кардиотахограмма: оценка по Фишеру 7 баллов.

1. **Диагноз?**
2. **Тактика?**
3. **Принципы лечения?**

**13.ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Первородящая 30 лет поступила в акушерский стационар в связи с начавшейся родовой

деятельностью при доношенной беременности. Воды не отходили. Из анамнеза: женщина

страдала I бесплодием эндокринного генеза, получала соответствующее гормональное лечение. Соматически здорова. Беременность желанная, индуцированная, наступила после 5 лет регулярной половой жизни. Течение беременности: в I триместре находилась на стационарном лечении по поводу рвоты беременных средней степени тяжести. В III триместре при УЗИ диагностирована плацентарная недостаточность, отставание плода от срока гестации на 3 недели. С 32 недель беременности отмечены явления преэклампсии (нестабильная артериальная гипертензия до 150/90 мм.рт.ст, периодическая протеинурия в пределах 1 г/л). Адекватного лечения беременная не получала. От предложенной госпитализации отказалась.

Объективно: состояние при поступлении удовлетворительное. Жалоб нет. Рост 162 см. Вес

90 кг. ОЖ 112 см. ВДМ 36 см. Размеры таза: 26-29-31-21 см. АД 140/90 - 145/100 мм рт. ст. Пульс 82 уд/мин, ритмичный. Схватки 3 за 10 мин, достаточной силы и продолжительности. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 уд/мин. Отмечаются выраженные отеки верхних и нижних конечностей, лица, передней брюшной стенки. В течение первого периода родов отмечались подъемы АД до 170/110 мм рт. ст. Однократно в/м 30вводился дибазол 1% - 2 мл и лазикс 40 мг. Обезболивания первого периода родов не проводилось. Перед началом второго периода женщина помочилась, моча темного цвета с хлопьями в количестве 70 мл. В настоящий момент схватки потужного характера, эффективные. Внезапно на высоте потуги дежурная акушерка отметила фибриллярные подергивания мышц лица роженицы, вслед за чем развился припадок тонико-клонических судорог. Сердцебиение плода глухое, ритмичное 100 уд/мин. Данные влагалищного исследования: открытие шейки матки полное. Плодный пузырь цел.

Головка плода расположена в плоскости выхода из полости малого таза. Сагиттальный шов в

прямом размере. Таз емкий

1. **Ваш диагноз?**
2. **Тактика ведения?**

**14. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной Н., 73 года. Поступил доставлен в приемное отделение с жалобами чувство общей слабости, тошноту, рвоту, нарушение стула (запоры), тремор в руках, судороги в ногах, приступы раздражительности. Ухудшение состояния в течение трех последних дней. Анамнез заболевания: страдает артериальной гипертонией, несколько лет назад переносил острый инфаркт миокарда. В последнее время беспокоили чувство нехватки воздуха, одышка при привычной физической нагрузке, отеки на ногах, не мог спать в горизонтальном положении из-за нехватки воздуха. В последнее время постоянно принимал ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, статины, ацетилсалициловую кислоту. В связи с имеющейся застойной сердечной

недостаточностью около двух недель назад был назначен фуросемид в дозе 40 мг в сутки, но пациент отмечает, что сознательно увеличил дозировку до 80 мг в сутки. При этом отмечалось субъективное улучшение состояния: отеки спали, одышка значительно уменьшилась, смог спать в горизонтально состоянии.Объективно: Состояние тяжелое. В сознании. Раздражителен, но при этом астенезирован. Кожный покров бледный, сухой, тургор кожи снижен. Повышенного питания. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, но ослабленное в нижних отделах, выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, аритмичные. АД 80/50 мм. рт. ст. ЧСС 54 в минуту. ЧП 50 в минуту. Живот привздут,

выслушивается вялая перистальтика кишечника. Стул последний раз был 4 дня назад, газы не отходят. Пастозность голеней.На ЭКГ: Синусовая брадикардия. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец Т в V4-V6, волна U в V2-V6, расширение комплекса QRS.

Во время осмотра в приемном отделении у пациента остановка кровообращения.

1. **Назовите вероятную причину и тип остановки кровообращения**
2. **Какова интенсивная терапия?**

**15. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ**

**ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной С., 47 лет (54кг.). Поступил в отделение реанимации с диагнозом: желудочно-кишечное кровотечение, геморрагический шок 3 ст. При поступлении больной в сопоре, слабый, адинамичный, бледность кожных покровов, выраженная одышка. Пульс до 120 в мин, АД 70/40 мм.рт.ст., ЦВД 0 мм.рт.ст., анурия. Результаты скрининг-исследований: Hb -60 г/л, Ht -18 %, Тр. 213 ×103/л., Мочевина 40 ммоль/л, Креатинин 336 мкмоль/л, К 4,8ммоль/л., лактат 6,4 ммоль/л.

Осмотрен хирургом, рекомендована операция.Из анамнеза: в течение 12 лет страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки, обострение 2 суток назад. Появилась рвота кофейной гущей, резкая

слабость, потеря сознания. Находился дома без оказания экстренной помощи.

1. **Определить последовательность лечебно-диагностических мероприятий у данного больного.**
2. **Дать патофизиологическое объяснение показателям гомеостаза и причин анурии.**
3. **Определить основную задачу лечения, необходимость ЗПТ в данном клиническом случае.**

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра \_\_анестезиологии и реаниматологии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

направление подготовки (специальность)\_\_31.08.01. Акушерство и гинекология\_\_\_\_\_\_\_\_

дисциплина\_\_\_\_Анестезиология и реаниматология\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №\_1\_**

1. Эпидуральная анестезия. Методика, показания и противопоказания. Осложнения
2. Анафилактический шок. Патогенез. Клиника. Интенсивная терапия

**III.** Больной Н., 73 года. Поступил доставлен в приемное отделение с жалобами чувство общей слабости, тошноту, рвоту, нарушение стула (запоры), тремор в руках, судороги в ногах, приступы раздражительности. Ухудшение состояния в течение трех последних дней. Анамнез заболевания: страдает артериальной гипертонией, несколько лет назад переносил острый инфаркт миокарда. В последнее время беспокоили чувство нехватки воздуха, одышка при привычной физической нагрузке, отеки на ногах, не мог спать в горизонтальном положении из-за нехватки воздуха. В последнее время постоянно принимал ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, статины, ацетилсалициловую кислоту. В связи с имеющейся застойной сердечной недостаточностью около двух недель назад был назначен фуросемид в дозе 40 мг в сутки, но пациент отмечает, что сознательно увеличил дозировку до 80 мг в сутки. При этом отмечалось субъективное улучшение состояния: отеки спали, одышка значительно уменьшилась, смог спать в горизонтально состоянии.Объективно: Состояние тяжелое. В сознании. Раздражителен, но при этом астенезирован. Кожный покров бледный, сухой, тургор кожи снижен. Повышенного питания. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, но ослабленное в нижних отделах, выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, аритмичные. АД 80/50 мм. рт. ст. ЧСС 54 в минуту. ЧП 50 в минуту. Живот привздут,

выслушивается вялая перистальтика кишечника. Стул последний раз был 4 дня назад, газы не отходят. Пастозность голеней.На ЭКГ: Синусовая брадикардия. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец Т в V4-V6, волна U в V2-V6, расширение комплекса QRS.

Во время осмотра в приемном отделении у пациента остановка кровообращения.

Вопросы: Назовите вероятную причину и тип остановки кровообращения. Какова интенсивная терапия?

Заведующий кафедрой

анестезиологии и реаниматологии,

д.м.н., доцент Ершов В.И.

Декан факультета

подготовки кадров высшей квалификации,

к.м.н., доцент Ткаченко И.В.

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Компетенция | Индикатор компетенции | Дескриптор | КОС |
| 1 | ОПК 4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов | Инд.ОПК4.1.Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями | Знать: этиологию и патогенез основных нозологических форм критических и терминальных состояний; клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику синдромов острых нарушений функций систем и органов; патофизиологию различных видов умирания и клинической смерти, восстановительного периода после оживления (постреанимационной болезни) | Вопросы 1-34 |
| Уметь: оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных; оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии; обеспечить надлежащий уровень специального обследования пациентов, оценить тяжесть состояния реанимационных больных  | Практические задания 1-15 |
| Владеть: методами общеклинического обследования (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов; алгоритмом постановки развѐрнутого клинического диагноза пациентам на основании Международной классификации болезней | Практические задания 1-15 |
| Инд.ОПК4.2.Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные | Знать: современные методы диагностики заболеваний и патологических состояний;медицинские показания и противопоказания к использованию методов лабораторной диагностики | Вопросы 1-34 |
| Уметь: обосновывать и планировать объем лабораторных и инструментальных методов исследований в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи | Практические задания 1-15 |
| Владеть: интерпретацией и анализом результатов лабораторных и инструментальных методов исследований | Практические задания 1-15 |
| 2 | ОПК 5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность | Инд.ОПК 5.1.Определяет план лечения и назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи | Знать: этиологию и патогенез критических состояний; основные принципы лечения пациентов в критическом состоянии; основные методы анестезиологического обеспечения приразличных вмешательствах | Вопросы 1-34 |
| Уметь: выбирать методы лечения и анестезии в зависимости от поставленных задач | Практические задания 1-15 |
| Владеть: навыками определенияобъема первой и неотложной помощи и оказания ее; выявлениемпоказаний к срочной или плановой госпитализации; составлением обоснованного плана лечения. Методами и приемами СЛМР взрослых. | Практические задания 1-15 |
| Инд.ОПК5.2.Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий | Знать: методы контроля эффективности и безопасности проводимого лечения в условиях отделения интенсивной терапии, методы контроля за эффективностью и безопасностью выбранногометода анестезии | Вопросы 1-34 |
| Уметь: применять на практике методы контроля эффективности и безопасности выбранного метода анестезии и методов интенсивной терапии | Практические задания 1-15 |
| Владеть: навыками определения рисков выбранного метода анестезии и интенсивной терапии, навыками интерпретации данных, полученных методами контроля за эффективностью и безопасностью выбранного метода анестезии и/или интенсивной терапии | Практические задания 1-15 |