



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

«25» 01 2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по
специальности 31.08.02 Анестезиология - реаниматология**

Трудоемкость: 3 з е

Санкт-Петербург
2019 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

1) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.02 Анестезиология - реаниматология, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 года № 1044.

2) Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «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» от 18.03.2016 г. № 227.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.02 Анестезиология - реаниматология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.02 Анестезиология - реаниматология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.02 Анестезиология - реаниматология (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику,

выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

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

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

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

- диагностическая деятельность:

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

- лечебная деятельность:

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

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

- реабилитационная деятельность:

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

- психолого-педагогическая деятельность:

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

- организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 з е), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;

- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Всем клиническим ординаторам рекомендуется:

- посетить консультации, проводимые преподавателями кафедры перед государственным экзаменом;

- обратить внимание на анализ, обдумывание клинического материала, так как в экзаменационные билеты включены ситуационные задачи;

- обратить внимание на необходимость повторения прикладных вопросов фундаментальных дисциплин (физиологии, клинической фармакологии, биохимии)

5.2. Вопросы для собеседования, выносимые на государственный экзамен

1. Варианты (виды) остановки кровообращения.
2. Признаки остановки кровообращения, методы его восстановления, оценка эффективности.
3. Особенности сердечно-легочной реанимации в зависимости от варианта остановки кровообращения.
4. Оборудование, используемое при сердечно-легочной реанимации. Электроимпульсная терапия.
5. Особенности сердечно-легочной реанимации при электромеханической диссоциации.
6. Клиническая фармакология лекарственных средств для сердечно-легочной реанимации.
7. История анестезиологии.
8. Анестезиология и реаниматология как направление современной медицины.
9. Составные элементы анестезиологического обеспечения операций. Их характеристика, предназначение и пути практического выполнения.
10. Физиология функции внешнего дыхания.
11. Основные правовые и деонтологические проблемы анестезиологии и реаниматологии
12. Современная респираторная поддержка: терминология, варианты осуществления, необходимое оборудование.
13. Современные аппараты для респираторной поддержки: преимущества, возможности совершенствования респираторной терапии.
14. Режимы респираторной поддержки: ключевые отличия, принципы выбора.
15. Мониторинг респираторной поддержки: принципы коррекции параметров вентиляции при нарушениях газообмена.
16. Параметры биомеханики дыхания: варианты расчета, использование при проведении респираторной поддержки.
17. Нейрофизиология боли.
18. Концепция хирургического стресса.
19. Операционный стресс. Содержание понятия, компоненты стресс-реакции, возможности защиты.
20. Фармакокинетика в анестезиологии и интенсивной терапии.
21. Анальгетики, используемые в анестезиологической практике.
22. Премедикация. Принципы выбора, препараты, дозы.
23. Представление о риске операции и анестезии.
24. Физиология нейро-мышечной передачи.
25. Недеполяризующие миорелаксанты. Механизм действия, препараты, дозы. Показания к использованию. Осложнения и их причины. Профилактика.
26. Продленное действие миорелаксантов. Причины, дифференциальный диагноз, алгоритм действий.
27. Основные причины продленного апноэ после общей анестезии. Диагностика, алгоритм лечебных действий.
28. Деполяризующие миорелаксанты. Механизм действия, препараты, дозы. Показания к использованию. Осложнения и их причины. Профилактика.
29. Внутривенная анестезия. Содержание понятия. Условия проведения, общие показания и противопоказания к методу. Отрицательные и положительные стороны.
30. Внутривенный наркоз кетаминем. Показания, противопоказания. Достоинства, недостатки препарата. Методики использования.
31. Производные барбитуровой кислоты. Препараты, дозы, методики использования. Показания, противопоказания, осложнения.
32. Пропофол. Характеристика препарата, показания и относительные противопоказания к применению, дозы.
33. Сравнительная характеристика галогенсодержащих ингаляционных анестетиков. Наркоз севофлюраном.
34. Сравнительная характеристика современных препаратов для внутривенной анестезии.

35. Сравнительная характеристика средств для ингаляционной анестезии. Показания, противопоказания.
36. Токсическая реакция при использовании местных анестетиков. Ее профилактика и лечение.
37. Эпидуральная анестезия. Показания. Противопоказания.
38. Эпидуральная анестезия. Методики, препараты, дозы.
39. Спинальная анестезия. Показания, противопоказания, техника выполнения.
40. Периферическая регионарная блокада при операциях на верхних конечностях. Методики, препараты, дозы. Возможные осложнения, их профилактика и лечение.
41. Периферическая регионарная блокада при операциях на нижних конечностях. Методики, препараты, дозы. Возможные осложнения, их профилактика и лечение.
42. Особенности анестезиологического обеспечения экстренных хирургических операций.
43. Проблемы анестезиологического обеспечения амбулаторных операций.
44. Анестезиологическое обеспечение операций на головном мозге.
45. Особенности анестезиологического обеспечения операций в гериатрии.
46. Особенности анестезиологического обеспечения операций на спинном мозге.
47. Анестезиологическое обеспечение акушерских операций.
48. Особенности анестезиологического обеспечения операций у пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.
49. Особенности анестезии у пациентов с алиментарными нарушениями.
50. Особенности анестезии у пациентов с эндокринной патологией.
51. Анестезиологическое обеспечение эндовидеохирургических вмешательств.
52. Особенности анестезиологического обеспечения операций на легких.
53. Особенности анестезиологического обеспечения операций на крупных суставах.
54. Основные причины интраоперационной артериальной гипертензии. Дифференциальный диагноз, алгоритм действий.
55. Особенности анестезиологического обеспечения операции Кесарева сечения.
56. Проблемы трудной интубации трахеи. Пути их решения.
57. Осложнения анестезии. Принципы классификации. Алгоритм действий при развитии.
58. Осложнения эпидуральной анестезии, их профилактика, лечение.
59. Осложнения спинальной анестезии, их профилактика, лечение.
60. Осложнения проводниковой анестезии, их профилактика.
61. Синдром злокачественной гипертермии. Этиопатогенез. Лечение.
62. Особенности анестезии у пациентов с заболеваниями органов внешнего дыхания.
63. Особенности анестезии у пациентов с неврологическими и психическими заболеваниями.
64. Особенности анестезии у пациентов с заболеваниями системы крови.
65. Особенности анестезии у пациентов с почечной патологией.
66. Определения понятий «реаниматология», «реанимация», «интенсивная терапия». Цели и задачи реанимационных мероприятий и интенсивной терапии.
67. Нарушения кислотно-основного состояния (КОС). Этиопатогенез, клиническая и биохимическая характеристика.
68. Направления терапии нарушений КОС.
69. Клиническая физиология водно-электролитного баланса.
70. Виды дисгидрий. Коррекция нарушений ВОЭ баланса с учетом разновидности расстройства.
71. Показания к катетеризации магистральных сосудов в анестезиологии и реаниматологии. Методики, техника выполнения. Осложнения.
72. Острый респираторный дистресс-синдром. Этиопатогенез, диагностика, лечение.
73. Классификация основных рецепторов, их физиология и фармакология.
74. Фармакокинетика в анестезиологии и реаниматологии. Основные понятия.
75. Сепсис. Содержание понятия. Этиопатогенез. Критерии диагноза.
76. Септический шок. Патогенез. Интенсивная терапия.

77. Направления интенсивной терапии сепсиса.
78. Синдром острого почечного повреждения. Этиопатогенез. Интенсивная терапия.
79. Острая недостаточность печени. Патогенез. Направления интенсивной терапии.
80. Синдром эндогенной интоксикации. Понятие, возможности терапии.
81. Острый деструктивный панкреатит. Этиопатогенез. Интенсивная терапия острого панкреатита.
82. Антибиотики в интенсивной терапии критических состояний.
83. Интенсивная терапия пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой.
84. Оказание помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения.
85. Принципы коррекции нарушений энергометаболизма.
86. Парэнтеральное питание в интенсивной терапии критических состояний. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения.
87. Энтеральное питание в интенсивной терапии критических состояний. Показания. Противопоказания. Возможные осложнения.
88. Шок. Содержание понятия. Классификация применительно к основам патогенеза и полиэтиологической концепции его развития. Характеристика разновидностей
89. Патогенез острого перитонита.
90. Патогенез синдрома острой кишечной недостаточности.
91. Основные направления предупреждения и интенсивной терапии синдрома кишечной недостаточности.
92. Разновидности диабетических ком. Патогенез, клиника и лечение кетоацидотической комы.
93. Патогенез, клиника гиперосмолярной некетоацидотической комы. Направления интенсивной терапии.
94. Патогенез гипогликемической комы. Клиника, дифференциальный диагноз. Интенсивная терапия.
95. Патогенез и интенсивная терапия лактатацидемической комы.
96. Особенности инфузионной терапии при неотложных состояниях у детей.
97. Патогенез, клиника периоперационного синдрома острой коронарной недостаточности.
98. Диагностика и лечение синдрома острой коронарной недостаточности.
99. Анафилактический и анафилактоидный шок. Патогенез, диагностика, интенсивная терапия.
100. Мониторинг функции внешнего дыхания.
101. Классификация гипоксических состояний. Основные направления интенсивной терапии, соответствующие разновидностям гипоксии.
102. Отек легких – этиопатогенез, клинические стадии, интенсивная терапия.
103. Жизнеугрожающее обострение бронхиальной астмы. Терминология. Патогенез, клиника, интенсивная терапия.
104. Жизнеугрожающие осложнения острого инфаркта миокарда.
105. Периоперационные нарушения сердечного ритма. Диагноз. Лечение.
106. Способы лечения синдрома малого сердечного выброса. Инотропная поддержка. Вспомогательное кровообращение.
107. Вазопрессоры и вазодилататоры в анестезиологии и интенсивной терапии.
108. Геморрагический шок: патогенез, клиника, принципы терапии.
109. Клиническая физиология гемостаза. Основные показатели коагулограммы.
110. Острая массивная кровопотеря в операционной: определение, классификация, патогенез.
111. Нарушения системы гемостаза при острой массивной кровопотере: патогенез, клиника, диагноз, лечение.
112. Осложнения острой массивной кровопотери: диагностика, возможности профилактики.
113. Синдром ДВС. Патогенез, клиника. Профилактика, лечение.

114. Характеристика инфузионных растворов для восполнения кровопотери; принципы рационального выбора.

115. Тромбоэмболия легочной артерии. Современный взгляд на патогенез, клинику, диагностику этого синдрома.

116. Профилактика и интенсивная терапия тромбоэмболии легочной артерии.

117. Синдром жировой эмболии. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

118. Основы физиологии дыхания.

119. Основы биофизики дыхания

120. Мониторинг адекватности внешнего дыхания

121. Режимы респираторной поддержки. Их характеристика, показания к применению.

122. Основные физиологические показатели гемодинамики

123. Мониторинг кровообращения в анестезиологии и интенсивной терапии

124. Показания к инвазивному и неинвазивным методам мониторинга гемодинамики.

Характеристика методов.

125. Содержание базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации

126. Ятрогенные осложнения практики анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии

127. Проблема диагноза в отделениях реанимации – интенсивной терапии

128. Общественное здоровье и охрана здоровья населения в деятельности медицинских организаций

129. Организация анестезиологической и реаниматологической помощи в чрезвычайных ситуациях

130. Особенности патологии пострадавших в чрезвычайных ситуациях

130. Правовые основы организации непрерывного медицинского образования

Ситуационные задачи:

1. Пациент 68 лет в течение одних суток находится в отделении кардиологии по поводу усиления ангинозных болей. В анамнезе — ИБС, дважды перенес острый инфаркт миокарда, последний — 5 месяцев тому назад. Внезапно ухудшилось самочувствие.

Констатировано: АД 50/0 мм рт. ст., ЧСС 40 мин⁻¹, пульс аритмичный, начинающийся отек легких, нарастающая недостаточность кровообращения. Каковы составляющие дифференциального диагноза? Какие диагностические мероприятия необходимы для установления и уточнения диагноза?

2. Пациент 68 лет в течение двух дней находится в отделении кардиологии по поводу усиления ангинозных болей. В анамнезе — ИБС, дважды перенес острый инфаркт миокарда, последний – 5 месяцев тому назад. Внезапно ухудшилось самочувствие.

Констатировано: АД 50/0 мм рт. ст., ЧСС 40 мин⁻¹, пульс аритмичный, начинающийся отек легких, нарастающая недостаточность кровообращения. Необходим ли нозологический диагноз для оказания немедленной помощи пациенту? В соответствии с предполагаемым диагнозом (ТЭЛА, синдром МЭС, фибрилляция предсердий с дефицитом пульса, повторный острый инфаркт миокарда) установить последовательность диагностических и лечебных действий. Объяснить необходимость (или отсутствие таковой) того или иного диагностического или лечебного мероприятия.

А. Вводить атропин в/в по 1 мг каждые 5 мин

Б. При тенденции к прогрессированию гипотензии — непрямой массаж сердца

В. Подключить ЭКГ-монитор, анализировать его данные и доступные параметры гемодинамики

Г. Начать введение допамина или норэпинефрина

Д. Ввести эпинефрин

- Е. Обеспечить временную электрокардиостимуляцию
- Ж. Обеспечить инвазивный мониторинг гемодинамики
- З. Начать тромболизис
- И. Обеспечить неинвазивный мониторинг гемодинамики
- К. Поставить показания к коронарографии и АКШ

3. У пациента диагностирована пароксизмальная форма трепетания предсердий с признаками нарастания недостаточности кровообращения. Последний пароксизм сопровождается артериальной гипотензией, отеком легких при сохранении сознания. Установить приоритет и последовательность лечебных действий:

- А. Оксигенотерапия
- Б. Обеспечение мониторинга ЭКГ
- В. Введение противоаритмических лекарственных средств
- Г. Обеспечение медикаментозного сна
- Д. ЭИТ разрядом в 50 Дж
- Е. Синхронизация электрического разряда с зубцом R ЭКГ
- Ж. ЭИТ разрядом 200 Дж.

4. Неопытная сестра-анестезист с целью устранения остаточной кураризации в отсутствие врача ввела больной внутривенно форсированно 4 мл 0,05% р-ра прозерина. В ответ на введение у больной развилась резкая брадикардия, выраженная артериальная гипотензия, апноэ; появилось обильное слюноотечение. Каков диагноз и каковы патогенетические основы осложнения?

5. Неопытная сестра-анестезист с целью устранения остаточной кураризации в отсутствие врача ввела больной внутривенно форсированно 4 мл 0,05% р-ра прозерина. В ответ на введение у больной развилась резкая брадикардия, выраженная артериальная гипотензия, апноэ, появилось обильное слюноотечение. В результате развития какого блока нервно-мышечной передачи могло возникнуть апноэ? Чем обусловлены другие проявления осложнения?

6. Неопытная сестра-анестезист с целью устранения остаточной кураризации в отсутствие врача ввела больной внутривенно форсированно 4 мл 0.05% р-ра прозерина. В ответ на введение у больной развилась резкая брадикардия, выраженная артериальная гипотензия, апноэ; появилось обильное слюноотечение. Каков диагноз ятрогенного осложнения? Какова последовательность диагностических мероприятий и мероприятий срочной помощи:

- А. Непрямой массаж сердца
- Б. Интубация трахеи и ИВЛ
- В. Обеспечение ИВЛ с помощью маски
- Г. Обеспечение гемодинамического мониторинга
- Д. Обеспечение мониторинга нервно-мышечного блока
- Е. Введение медикаментов (каких?)

Какой из препаратов в указанной ситуации следует считать лекарственным средством первой очереди?

7. Острый респираторный дистресс-синдром стремительно развивается у пострадавшего с тяжелой сочетанной травмой. Выбрать из перечисленных лечебные мероприятия, показанные в такой ситуации, и установить примерный порядок их назначения.

- А. Обязательная лечебная бронхоскопия
- Б. Антибиотики широкого спектра
- В. Глюкокортикоидные гормоны
- Г. Экстракорпоральные методы гемокоррекции
- Д. Эндотрахеальное введение β 2-адреномиметиков
- Е. Внутривенное введение β 2-адреномиметиков
- Ж. Респираторная поддержка в режиме контроля давления
- З. Первоначальное использование неинвазивной ИВЛ (СРАР)
- И. Селективная деконтаминация

8. Острый респираторный дистресс-синдром стремительно развивается у пациента после регургитации и аспирации желудочного содержимого во время вводного наркоза и интубации трахеи. Когда следует обсуждать вопрос об отмене оперативного вмешательства? Привести конкретные клинические примеры, требующие того или иного решения. Выбрать из перечисленных лечебных мероприятий показанные в такой ситуации и установить примерный порядок их назначения:

- А. Обязательная лечебная бронхоскопия
- Б. Антибиотики широкого спектра
- В. Глюкокортикоидные гормоны
- Г. Экстракорпоральные методы гемокоррекции
- Д. Эндотрахеальное введение β 2-адреномиметиков
- Е. Внутривенное введение β 2-адреномиметиков
- Ж. Респираторная поддержка в режиме контроля давления
- З. Первоначальное использование неинвазивной ИВЛ (СРАР)
- И. Селективная деконтаминация

9. В приемное отделение ЦРБ с ограниченными возможностями срочного лабораторного обследования поступила пациентка 68 лет избыточного питания. Состояние тяжелое, сознание отсутствует, психомоторное возбуждение. При осмотре обнаружены ригидность затылочных мышц, сухость кожных покровов и слизистых, снижение тургора тканей. АД 80/60 мм рт. ст., ЧСС 130 мин⁻¹. Олигоанурия. Из анамнеза (со слов сопровождающих) известно, что периодически в течение последних 8 лет имело место повышение сахара крови. Принимала сахароснижающие таблетированные препараты. Страдает ИБС, гипертонической болезнью 2 ст. Ухудшение состояния – после перенесенного тяжелого гриппа. Прогрессирование описанной симптоматики в течение последних 10 дней. Тошноты, рвоты не было. Провести дифференциальный диагноз.

10. Пациент 28 лет поступил в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит. В течение предшествующих суток – умеренные боли в животе, гипертермия до 38 °С, тошнота, дважды – рвота. В анамнезе – упоминание о сахарном диабете. На фоне консервативного ведения хирургической патологии (голод, ограничение жидкости, наблюдение) внезапно пожаловался на дурноту, беспокойство, чувство страха. Развилась судороги, отмечена потеря сознания. АД 120/70 мм рт. ст., пульс 104 мин⁻¹. Провести дифференциальный диагноз.

11. В приемное отделение ЦРБ поступила пациентка 56 лет. Объективно: сознание отсутствует, АД 90/50 мм рт. ст., ЧСС 130 мин⁻¹, пульс слабого наполнения. Резко снижен тургор тканей, кожные покровы и слизистые сухие. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Мышечный тонус, сухожильные рефлексы снижены. Мочи нет. Со слов сопровождающих, больная в течение

длительного времени страдает сахарным диабетом, периодически нарушает режим питания и дозирования противодиабетических препаратов. Ухудшение состояния развивалось и прогрессировало в течение 3–4 дней. Провести дифференциальный диагноз.

12. Пациент 58 лет поступил в ОРИТ неврологического профиля в тяжелом состоянии. Сознание спутанное, бред, жалобы на сильные боли в мышцах, нелокализованные боли в животе, однократную рвоту. В анамнезе – сахарный диабет, беспорядочный прием сахароснижающих препаратов, уточнить названия которых не представилось возможным. В течение 3 дней наблюдения прогрессировала патологическая неврологическая симптоматика: афазия, судороги, патологические сухожильные рефлексy, нистагм. Нарастала сердечно - сосудистая недостаточность, тахипноэ, снижался диурез. Наметить план обследования. Провести дифференциальный диагноз.

13. Больная 25 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на острые внезапно возникшие боли в животе. Поставлены показания к экстренной операции, проведенной в условиях эндотрахеальной анестезии (вводный наркоз – 300 мг тиопентал-натрия, поддержание анестезии – севофлураном и закисью азота с усилением анальгезии фентанилом). При ревизии брюшной полости признаков патологии не обнаружено. В послеоперационном периоде – ухудшение состояния, появление прогрессирующей патологической неврологической симптоматики. Провести дифференциальный диагноз, определить необходимые исследования.

14. У больного, перенесшего вирусный гепатит, в дальнейшем обнаружена симптоматика желчно-каменной болезни с эпизодами механической желтухи. После холецистэктомии на третьи сутки появились признаки прогрессирующей острой недостаточности печени. По данным биохимических исследований констатирована гипербилирубинемия, увеличение АлАТ, АсАТ, выраженная гипоальбуминемия и гипоглобулинемия, тромбоцитопения. Все эти изменения прогрессировали в течение двух дней. Появились признаки энцефалопатии. На этом фоне развился и прогрессировал отек легких. Определить патофизиологические механизмы развития отека легких.

15. Больному предстоит операция – резекция желудка. После вводного наркоза и введения деполяризирующих миорелаксантов произведена без осложнений интубация трахеи трубкой ID 9 мм. В связи с несоответствием диаметра трубки очень большому просвету голосовой щели для обеспечения герметизации дыхательных путей помимо раздувания манжеты произведена тампонада бинтом, смоченным антисептическим раствором. По окончании операции и восстановления сознания и адекватного дыхания произведена экстубация. Внезапно появилось выраженное затруднение дыхания, при попытке вдоха дыхательные шумы над поверхностью легких почти не выслушивались. Быстро развилась клиника отека легких. Интубация трахеи с попыткой ИВЛ оказались безуспешными. Последовала остановка кровообращения. При патологоанатомическом исследовании обнаружен марлевый тампон, рыхло выполняющий просвет трахеи и правого главного бронха. Определить патогенез отека легких в приведенном клиническом наблюдении.

16. У больного с декомпенсированным стенозом привратника при интубации произошла регургитация и аспирация желудочного содержимого в трахею. Произведена интубация трахеи, промывание трахеобронхиального дерева физиологическим раствором, введение внутривенно 1 мл 0,01% эпинефрина и 90 мг преднизолона. Последовало разрешение возникшего бронхоспазма. Операция начата и завершена. Больной в условиях ИВЛ на фоне медикаментозного сна переведен в отделение реанимации. Через 6 ч после окончания операции на фоне продолжающейся ИВЛ появились множественные влажные хрипы в легких, из просвета трубки стала поступать розовая

пена, резко увеличилось сопротивление вдоху. Определить возможный патогенез отека легких. Определить направления интенсивной терапии.

17. Больной с комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза левого атрио-вентрикулярного отверстия предстоит операция коррекции порока. Действие назначенной премедикации оказалось недостаточным. Больная плохо спала ночью. В момент транспортировки в операционную возникло возбуждение, тахикардия до 150 мин^{-1} с дефицитом пульса, артериальная гипертензия до $150/100 \text{ мм рт. ст.}$. На этом фоне появилась клиника отека легких – цианоз, клокочущее дыхание с выделением из дыхательных путей розовой пены. Определить патогенез отека легких. Какова тактика неотложной помощи в этой ситуации?

18. Больная 52 лет вторые сутки находится на обследовании в отделении торакальной хирургии по поводу новообразования средостения неясной этиологии. Предъявляет жалобы на затрудненное дыхание, отеки в области лица и шеи. На рентгенограмме грудной клетки определяется расширение средостения, в верхней трети его – массивное затемнение, жидкость в плевральной полости с обеих сторон до уровня седьмого ребра. Внезапно развилась клиника прогрессирующего отека легких. Определить патогенетический механизм отека легких в этой ситуации.

19. Больной 56 лет, обычного питания, эмоционально устойчивой, предстоит операция сафенэктомиа на левой нижней конечности. В анамнезе – хронический астматический бронхит, гипертоническая болезнь I ст., упоминание о какой-то реакции на введение обезболивающего препарата при лечении зубов. Данные лабораторных исследований в пределах физиологической нормы. На ЭКГ – умеренные признаки кардиосклероза, гипертрофии левого желудочка. Выбрать оптимальную методику анестезии.

20. Больной 72 лет, эмоционально лабильной, с ожирением II ст. предстоит операция – сафенэктомиа на левой нижней конечности. В анамнезе – ишемическая болезнь сердца, хронический спондилоартроз. Оперирована в прошлом по поводу заболевания щитовидной железы, имеет выписку из истории болезни с упоминанием о деформации трахеи после этой операции. Выбрать оптимальную методику анестезии.

21. Больной 42 лет, с массой тела 56 кг при росте 162 см, предстоит операция – сафенэктомиа на левой нижней конечности. Пациентка эмоционально устойчива, предъявляет жалобы, связанные с основным заболеванием. В анамнезе – вирусный гепатит, перенесенный год тому назад. Выбрать оптимальную методику анестезии.

22. Больному 40 лет, с массой тела 76 кг, ростом 182 см, предстоит операция сафенэктомиа на левой нижней конечности. Пациент возбужден, страдает бессонницей. Аллергических реакций в прошлом нет. В анамнезе – холецистэктомия по поводу желчно - каменной болезни с эпизодами механической желтухи. Выбрать оптимальную методику анестезии.

23. Пациенту 68 лет предстоит операция – сафенэктомиа на левой нижней конечности. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический ларинготрахеит, эмфизему легких, облитерирующий эндартериит нижних конечностей. Данные лабораторных исследований в

пределах возрастной физиологической нормы. На ЭКГ – признаки умеренно выраженного кардиосклероза. Выбрать оптимальную методику анестезии.

24. Больной 74 лет проводится плановая операция эндопротезирования левого тазобедренного сустава в условиях эндотрахеальной анестезии с использованием пропофола и фентанила в стандартных дозах. Внезапно на этапе имплантации ножки эндопротеза развилась артериальная гипотония до $70/30$ мм рт. ст., тахикардия – 120 мин^{-1} , отмечено снижение SpO₂ до 84%. Нарушения гемодинамики и газообмена купированы. По окончании операции – замедленное восстановление сознания и самостоятельного дыхания. Каков предполагаемый диагноз осложнения? Каким образом купированы нарушения гемодинамики и газообмена?

25. Пациент доставлен в отделение реанимации с диагнозом – сочетанная травма в результате падения со второго этажа: перелом костей правой голени, ушиб грудной клетки, ушиб живота. Пострадавший обследован. Ему оказана необходимая хирургическая помощь, стабилизированы показатели гемодинамики. Признаков нарушения дыхания нет. На вторые сутки внезапно развилась критическая артериальная гипотония. Провести дифференциальный диагноз, определив наиболее вероятную причину артериальной гипотонии. Определить тактику неотложной помощи пациенту.

26. Пациенту 78 лет предстоит операция по поводу правосторонней паховой грыжи. В анамнезе – ХОБЛ, подтвержденный исследованиями выраженный постинфарктный кардиосклероз. Во время вводной анестезии (100 мкг фентанила + 350 мг 2% тиопентал-натрия) отмечено снижение АД до $50/0$ мм рт. ст., повышение ЦВД до 16 см вод. ст., появился цианоз кожных покровов, инспираторная одышка. Определить возможную причину и характер осложнения.

27. Пациент 18 лет доставлен в ОРИТ в крайне тяжелом состоянии – артериальная гипотония $70/50$ мм рт. ст., тахикардия, пульс нитевидный, едва прощупывается на лучевой артерии. Кожные покровы теплые, розовые. Сознание сохранено. В анамнезе – два дня назад удален зуб, после чего отмечался кратковременный подъем температуры, сопровождаемый ознобом. Провести дифференциальный диагноз, поставить диагноз, определить направления интенсивной терапии.

28. После внутривенного введения антибиотика цефалоспоринового ряда у пациентки 40 лет немедленно развился артериальный коллапс, психомоторное возбуждение, нитевидный пульс с частотой до 120 мин^{-1} , экспираторная одышка, появились папулезные высыпания на коже. Поставить диагноз осложнения. Определить направления интенсивной терапии. Определить препарат первой очереди для купирования осложнения, объяснить механизм его действия.

29. Пациентка 56 лет поступила в отделение интенсивной терапии по поводу осложненного исхода острого панкреатита – формирования свища поджелудочной железы с потерями жидкости по нему до 2,5 л в сутки. На этом фоне развилась артериальная гипотония до $80/60 - 90/70$ мм рт. ст. Снижился диурез. По данным биохимических анализов – тяжелые изменения метаболизма. Определить первоочередные направления интенсивной терапии; определить и объяснить состав инфузионной поддержки.

30. Больной 52 лет поступил в хирургическое отделение через двое суток от начала заболевания с признаками острой тонкокишечной непроходимости. Обильная рвота 6–8 раз в сутки, диурез снижен до 200 мл в сутки, артериальная гипотония на уровне 60/30 – 80/50 *мм рт. ст.* Проводится предоперационная подготовка. Каковы составляющие срочной предоперационной подготовки? Определить и объяснить состав инфузионной поддержки.

31. Больному 72 лет, избыточного питания, страдающему сахарным диабетом, предстоит операция вскрытия глубокого абсцесса бедра. Премедикация – 10 *мг* промедола и 0,7 *мл* 0,1% атропина *в/м* за 15 мин до начала операции. Вскрытие абсцесса начато после введения внутривенно 500 *мг* тиопентал-натрия. Разрез сопровождался подъемом АД до 180/90 *мм рт. ст.* Какова причина артериальной гипертензии в этой ситуации?

32. Больной 40 лет, с массой тела 56 *кг*, предстоит надвлагалищная ампутация матки с придатками. Избрана эндотрахеальная методика анестезии с применением N₂O:O₂ 3:1, севафлурана, фентанила. Премедикация – вечером и утром дня операции стандартная. Вводный наркоз и интубация без осложнений. Начата ИВЛ на фоне миорелаксации 4 *мг* ардуана. Через 10 мин от начала основного этапа анестезии появились признаки восстановления самостоятельного дыхания, возникло сопротивление вдоху, кожные покровы лица влажные, гиперемированные. АД 160/100 – 180/100 – 190/110 *мм рт. ст.* Какова возможная причина артериальной гипертензии в данной ситуации? Определить алгоритм действий для выяснения причины артериальной гипертензии.

33. Больной 48 лет предстоит плановая холецистэктомия по эндовидеохирургической методике. В анамнезе – гипертоническая болезнь II ст. В связи с эмоциональной лабильностью к стандартной премедикации добавлены транквилизаторы в течение двух дней. Ночь накануне операции провела спокойно. В операционной АД 140/90 *мм рт. ст.*, пульс 84 *мин⁻¹*, ритмичный. Вводный наркоз тиопентал-натрием 2% 300 *мг*, интубация без осложнений. Поддержание анестезии закисью азота в соотношении с кислородом 3:1, обеспечение анальгезии – фентанилом 0,4 *мг*. От начала ИВЛ отмечено постепенное повышение АД до 160/100 – 180/120 *мм рт. ст.*, пульс 80 – 66 – 60/*мин⁻¹*. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Введение гипотензивных средств не дало результата. Гипертензия уменьшилась по окончании операции с переходом на самостоятельное дыхание. Определить алгоритм действий для выяснения причины артериальной гипертензии. Какова может быть причина артериальной гипертензии в приведенном клиническом наблюдении?

34. Больная после операции Вертгейма жалуется на сильную мучительную жажду. Отмечена сухость языка и слизистой рта без сухости и снижения тургора кожи. Тошнота и рвота отсутствуют, показатели гемодинамики относительно стабильны. Гематокрит, концентрация гемоглобина и плазменного белка нормальны. По этим критериям определить вариант нарушения водного баланса и состав инфузионной терапии.

35. Больной 27 лет, с хроническим алкоголизмом в анамнезе, жалуется на опоясывающие боли в эпигастрии. В течение суток многократная обильная изнуряющая рвота. Диурез снижен. При осмотре бледен, АД 80/50 *мм рт. ст.*, пульс 132 *мин⁻¹*, ЦВД 0 *см вод. ст.* В анализе крови: уровень натрия – 175 *ммоль/л*, калия – 3 *ммоль/л*, хлора – 80 *ммоль/л*, гематокрит – 56%. По этим критериям определить вариант нарушения водного баланса и состав инфузионной терапии.

36. Больной с сопутствующим хроническим нефритом и нарушением выделительной функции почек в послеоперационном периоде после гинекологической операции осуществляется вливание умеренного количества 5% раствора глюкозы. К концу вторых суток больная стала жаловаться на головные боли, отметила отвращение к пище, появилась депрессия, несколько раз была рвота. Слизистые оболочки влажные, отеков нет, ЦВД нормально. По этим критериям определить вариант нарушения водного баланса, причину осложнения.

37. У больной с прогрессирующим, тяжело протекающим сепсисом констатирована олигоанурия. Больная в сутки получает значительный объем инфузионной терапии для коррекции водно-электролитных нарушений (кристаллоиды, гидроксипропилкрахмал) и нарушений энергометаболизма (концентрированный раствор глюкозы, аминокислотные смеси). С целью разрешения начинающегося синдрома ОПН ошибочно был назначен осмотический диуретик (маннитол). Диурез не увеличился, течение заболевания осложнилось развитием отека легких. Определить характер нарушения водного баланса. Какова правильная тактика лечения ОПП при сепсисе?

38. Больной острым энтероколитом болен третий день. Не прекращается понос, резкая слабость. Получал массивную инфузионную терапию. В связи с появлением признаков угрожающего отека легких, возобновлением рвоты, нарастающей головной болью переведен в палату интенсивной терапии. Масса тела 80 кг, АД 170/115 мм рт. ст., ЦВД 15,6 см вод. ст., часовой диурез – 20 мл, калий – 3 ммоль/л, натрий – 122 ммоль/л, хлор – 93 ммоль/л, рН – 7,32, BE – 16 ммоль/л, PaCO₂ – 28 мм рт. ст. Определить характер нарушения водного баланса и кислотно-основного состояния.

39. Возраст больного 56 лет, масса тела – 90 кг. Диагноз: ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, ожирение. В лечение включены препараты: верошпирон (100 мг в день) и лазикс (60 мг в день). Через три дня, несмотря на лечение, состояние больного ухудшилось: АД 90/50 мм рт. ст., пульс 108–120 мин⁻¹, резкая слабость, количество мочи снизилось до 450 мл/сут., аппетит отсутствует. Переведен в палату интенсивной терапии с подозрением на инфаркт миокарда. На ЭКГ очаговых изменений не обнаружено, зубец Т стал несколько ниже. Калий – 3 ммоль/л, натрий – 127 ммоль/л, хлор – 83 ммоль/л, кальций – 2,6 ммоль/л, гематокрит – 0,49, рН – 7,45, BE +7,8, PaCO₂ – 40 мм рт. ст. Определить причину и характер нарушения водного баланса и кислотно-основного состояния.

40. Больная переведена в реанимационное отделение из психиатрической клиники, где в течение длительного времени полностью отказывалась от приема пищи и воды. Масса тела 50 кг, сознание спутанное, АД – 100/60 мм рт. ст., пульс – 138 мин⁻¹, мочи за сутки – 500 мл, относительная плотность мочи – 1028, следы белка; повышение температуры тела до 38–39 С. Калий – 2,8 ммоль/л, натрий – 146 ммоль/л, хлор – 79 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л, рН – 7,49, BE +7,5 ммоль/л, PaCO₂ – 43 мм рт. ст. Определить характер нарушения водного баланса и кислотно-основного состояния.

41. У пациента 65 лет, только что доставленного из операционной после аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения, отмечается синусовый ритм с ЧСС 80 мин⁻¹ и следующие показатели гемодинамики:

СИ = 2,3 л/м²мин⁻¹, САД = 80 мм рт. ст., ДЗЛА = 18 мм рт. ст., темп диуреза 1 мл/кг⁻¹/ч⁻¹.

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

42. У пациентки 58 лет, только что доставленной из операционной после протезирования аортального клапана, отмечается синусовый ритм с ЧСС 100 мин⁻¹ и следующие показатели гемодинамики:

СИ = 2,1 л/м²/мин⁻¹, САД = 55 мм рт. ст., ДЗЛА = 4 мм рт. ст., темп диуреза 0,2 мл/кг⁻¹/ч⁻¹.

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

43. У пациента 70 лет, только что доставленного из операционной после аортокоронарного шунтирования на работающем сердце, отмечается пароксизм фибрилляции предсердий с ЧЖС 110 мин^{-1} и следующие показатели гемодинамики:

СИ = 1,8 $\text{л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 50 мм рт. ст., ДЗЛА = 23 мм рт. ст., темп диуреза 0,2 $\text{мл/кг}^{-1}/\text{ч}^{-1}$.

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

44. У пациента 70 лет, только что доставленного из операционной после аортокоронарного шунтирования на работающем сердце, отмечается синусовый ритм с ЧСС 110 мин^{-1} и следующие показатели гемодинамики:

СИ = 1,8 $\text{л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 50 мм рт. ст., ДЗЛА = 23 мм рт. ст., темп диуреза 0,2 $\text{мл/кг}^{-1}/\text{ч}^{-1}$.

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

45. У пациента 48 лет, двое суток назад перенесшего панкреатодуоденальную резекцию, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 110 мин^{-1} и следующие показатели гемодинамики:

СИ = 3,2 $\text{л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 65 мм рт. ст., ЦВД = 15 см вод. ст., темп диуреза 0,6 $\text{мл/кг}^{-1}/\text{ч}^{-1}$.

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

46. У пациентки 56 лет, трое суток назад перенесшей экстирпацию матки с придатками, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 90 мин^{-1} и следующие показатели гемодинамики:

СИ = 2,2 $\text{л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 50 мм рт. ст., темп диуреза 0,3 $\text{мл/кг}^{-1}/\text{ч}^{-1}$.

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

47. У пациента 59 лет, сутки назад перенесшего маммарокоронарное шунтирование без ИК, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 105 мин^{-1} и следующие показатели гемодинамики:

СИ = 2,5 $\text{л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 55 мм рт. ст., ИГКДО = 500 мл/м^{-2} , темп диуреза 0,3 $\text{мл/кг}^{-1}/\text{ч}^{-1}$.

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

48. У пациента 63 лет, доставленного из операционной после АКШ в условиях ИК, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 80 мин^{-1} и следующие показатели гемодинамики:

СИ = $3,5 \text{ л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 63 мм рт. ст., ИГКДО = 700 мл/м^{-2} , темп диуреза $0,6 \text{ мл/кг}^{-1}/\text{ч}^{-1}$.

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

49. У пациента 72 лет, доставленного из операционной после левосторонней пульмонэктомии, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 85 мин⁻¹ и следующие показатели гемодинамики:

СИ = $3,5 \text{ л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 50 мм рт. ст., ИГКДО = 600 мл/м^{-2} , ИВСВЛ = 6 мл/кг^{-1} .

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

50. У пациентки 77 лет, доставленной с диагнозом направления «острый холецистит», отмечаются синусовый ритм с ЧСС 95 мин⁻¹ и следующие показатели гемодинамики:

СИ = $2,7 \text{ л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 58 мм рт. ст., ЦВД = 20 см вод. ст., ИГКДО = 730 мл/м^{-2} , ИВСВЛ = 8 мл/кг^{-1} .

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

51. У пациента 70 лет, трое суток назад перенесшего простатэктомию, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 120 мин⁻¹ и следующие показатели гемодинамики:

СИ = $3,7 \text{ л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 45 мм рт. ст., ИГКДО = 630 мл/м^{-2} , ИВСВЛ = 8 мл/кг^{-1} .

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

52. У пациента 40 лет, сутки назад перенесшего политравму, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 80 мин⁻¹ и следующие показатели гемодинамики:

СИ = $2,8 \text{ л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 55 мм рт. ст., ИГКДО = 630 мл/м^{-2} , ИВСВЛ = 12 мл/кг^{-1} .

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

53. У пациента 40 лет, сутки назад перенесшего политравму, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 80 мин⁻¹ и следующие показатели гемодинамики:

СИ = $2,8 \text{ л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 55 мм рт. ст., ИГКДО = 630 мл/м^{-2} , ИВСВЛ = 7 мл/кг^{-1} .

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

54. У пациентки 70 лет, поступившей трое суток назад с гипертоническим кризом, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 90 мин^{-1} и следующие показатели гемодинамики: СИ = $3,8 \text{ л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 95 мм рт. ст. , ИГКДО = 930 мл/м^{-2} , ИВСВЛ = 14 мл/кг^{-1} .

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

55. У пациента 20 лет, двое суток назад перенесшего тяжелую ЧМТ, отмечаются синусовый ритм с ЧСС 60 мин^{-1} и следующие показатели гемодинамики:

СИ = $3,0 \text{ л/м}^{-2}/\text{мин}^{-1}$, САД = 85 мм рт. ст. , ИГКДО = 730 мл/м^{-2} , ИВСВЛ = 14 мл/кг^{-1} .

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

56. У пациента 59 лет после выполнения спинальной анестезии по поводу простатэктомии, отмечаются снижение АД до $80/40 \text{ мм рт. ст.}$ и синусовый ритм с ЧСС 120 мин^{-1} .

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

57. У пациентки 20 лет после укуса осы отмечено затруднение дыхания, снижение АД до $60/0 \text{ мм рт. ст.}$ и синусовый ритм с ЧСС 140 мин^{-1} .

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

58. У пациента 70 лет на 3-м часу анестезии по поводу гастрэктомии развился пароксизм фибрилляции предсердий с ЧЖС 140 мин^{-1} и снижение АД до $60/0 \text{ мм рт. ст.}$

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

59. У пациентки 80 лет в ОРИТ развился пароксизм желудочковой тахикардии с потерей сознания.

Оцените ситуацию и спланируйте дальнейшие действия:

1. Неотложные вмешательства;
2. Диагностические исследования для уточнения ситуации;
3. Дальнейшая терапия.

60. Пациентке 58 лет, страдающей ожирением II степени и ГБ II стадии, планируется удаление липомы задней поверхности шеи размерами $8 \times 5 \text{ см}$.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

61. Пациенту 43 лет, страдающему боковым амиотрофическим склерозом (БАС), планируется устранение рецидивной правосторонней паховой грыжи.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

62. Пациентке 85 лет, страдающей ГБ III стадии с резидуальными явлениями ОНМК двухлетней давности, планируется холецистэктомия с ревизией желчных путей по поводу острого холецистита, осложненного механической желтухой.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

63. Ребенку 4 лет, страдающему частыми эпизодами бронхиальной обструкции, планируется орхипексия.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

64. Пациентке 30 лет, перенесшей 5 лет назад политравму в результате ДТП, планируется адреналэктомия по поводу гормонально-неактивной опухоли правого надпочечника.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

65. Пациенту 62 лет, хроническому алкоголику, планируется выполнить резекцию пищевода с одноэтапной пластикой желудочным трансплантатом.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

66. Пациентке 17 лет, страдающей поливалентной аллергией, планируется выполнить диагностическую лапароскопию по поводу острых болей в левой подвздошной области.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

67. Пациенту 79 лет, страдающему постинфарктным кардиосклерозом, планируется ампутация голени по поводу диабетической гангрены правой стопы.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

68. Пациентке 28 лет, страдающей дефектом межпредсердной перегородки, планируется лапароскопическая холецистэктомия.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

69. Пациенту 59 лет, страдающему синдромом слабости синусового узла, планируется резекция сигмовидной кишки по поводу опухоли.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

70. Пациенту 72 лет, страдающему сахарным диабетом II типа, планируется второй этап аденомэктомии.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

71. Пациентке 46 лет, страдающей болезнью Виллебранда, планируется экстирпация матки с придатками.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

72. Пациенту 49 лет, страдающему хроническим активным гепатитом (ХАГ), планируется аортокоронарное шунтирование на работающем сердце.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

73. Пациенту 64 лет, страдающему стенокардией II функционального класса, планируется правосторонняя пульмонэктомия.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

74. Пациенту 18 лет, месяц назад прекратившему употребление героина, показана срочная аппендэктомия.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

75. Пациентке 53 лет, страдающей вегетососудистой дистонией по гипотоническому типу, планируется левосторонняя нефрэктомия.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

76. Пациентке 65 лет, страдающей эпилепсией, планируется левосторонняя гемиколонэктомия.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

77. Пациенту 48 лет без сопутствующих заболеваний показана срочная операция по поводу острой кишечной непроходимости.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

78. Пациентке 30 лет показана срочная операция по поводу нарушенной внематочной беременности.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

79. Пациенту 36 лет показана срочная операция по поводу панкреонекроза.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

80. Пациенту 34 лет без сопутствующих заболеваний планируется операция по поводу глиомы, локализованной в области мостомозжечкового угла.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая

В. Предложить план проведения анестезии

81. Пациенту 42 лет, три года назад перенесшему протезирование аортального клапана, планируется остеосинтез левой ключицы.

Задача:

- А. Уточнить ситуацию, наметить дополнительное обследование
- Б. Выделить главные анестезиологические проблемы данного случая
- В. Предложить план проведения анестезии

82. Больной А., поступил в отделение реанимации из дома. Из анамнеза известно, что в течение многих лет страдает сахарным диабетом с развитием диабетической органопатии. Настоящее ухудшение развилось примерно за неделю до поступления, пациент отмечал снижение темпа диуреза, нарастание отеков конечностей. Примерно 30 мин до поступления - судороги, потеря сознания, артериальная гипертензия (АД 190/100 мм рт. ст.). При поступлении по лабораторным данным - гематокрит 20 %, ЦВД 12 см. вод. ст., по данным ЭКГ - фибрилляция предсердий, тахиформа. Какое осложнение сахарного диабета имеет место, что необходимо для дообследования и интенсивной терапии?

83. Больной Б., возраст 65 лет, поступил в отделение реанимации с развитием клиники дыхательной недостаточности. Из анамнеза: курит 2 пачки сигарет в день, длительное время страдает хронической обструктивной болезнью легких. По данным КЩС: рН 7,45; ВЕ 3,0; рО₂ 60 мм рт. ст., рСО₂ 60 мм рт. ст., SaO₂ 89%. Определите форму нарушения КЩС, объясните сдвиги показателей, назначьте ИТ.

84. Больная В., 45 лет, переведена из отделения общей хирургии в ОРИТ для подготовки к плановой операции по поводу стеноза выходного отдела желудка. При поступлении обращает внимание кахексия (рост 154 см, вес 40 кг), гипотензия (АД 90/60 мм рт. ст.), тахикардия (ЧСС 100 мин⁻¹), постоянная рвота. Какова вероятная форма нарушений КЩС? Объясните причину и назначьте ИТ.

85. Больной Г., 35 лет, выполнена плановая лапаротомия с резекцией желудка. Сопутствующей патологии нет. Лабораторные и клинические показатели без особенностей. Назначьте схему инфузионно-трансфузионной терапии в первые сутки послеоперационного периода

86. Больному Д., 40 лет, с целью коррекции острой кровопотери проводится гемотрансфузия одногруппной крови. При введении 100 мл донорской крови у больного появилась гиперемия кожных покровов, отечность слизистых. Назовите причину осложнения, определите принципы и алгоритм терапии.

87. Больная Е., 23 лет, находится в отделении общей хирургии. Идут первые сутки послеоперационного периода после резекции участка тонкой кишки. По назогастральному зонду оттекает большой объем застойного отделяемого, у пациентки выраженный парез кишечника, уровень калия плазмы в анализе крови равен 1,4 ммоль/л. Каковы вероятные причины и последствия текущего состояния больной? Предложите алгоритм дальнейшего ведения и терапии.

88. Больной Ж., 45 лет. Доставлен в отделение реанимации бригадой “скорой помощи” через один час после автодорожной травмы. При поступлении: уровень сознания - кома (ШКГ 6 баллов), АД 135/85 мм рт. ст., пульс 112 мин⁻¹, нарушений ритма нет. Одышка до 40 мин⁻¹. При обследовании: выраженная подкожная эмфизема правой половины грудной клетки, на рентгене ОГК - перелом VI-IX ребер справа, напряженный пневмоторакс. Предполагаемый диагноз, план дообследования, алгоритм действий?

89. Больной З., 50 лет, в стоматологическом кабинете с целью обезболивания при экстракции зуба местно введён лидокаин в дозе 50 мг. Через 15 минут отмечается снижение АД до значения 80/40 мм рт. ст., тахикардия 110-120 мин⁻¹, появились признаки затруднения выдоха, развилась одышка до 45 мин⁻¹, цианоз. Вы - дежурный анестезиолог, прибывший на вызов. С чем связано ухудшение состояния пациентки, алгоритм действий врача-анестезиолога.

90. Больной И., 45 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом: острая кишечная непроходимость, который был подтвержден после осмотра и обследования. По экстренным показаниям больной взят в операционную, где во время индукции анестезии произошла регургитация желудочного содержимого с последующей аспирацией в дыхательные пути. Определите меры профилактики осложнения, методы диагностики и неотложной терапии.

91. Больная З., 50 лет, переведена в ОРИТ с выраженной клиникой дыхательной недостаточности. Из анамнеза: 7 дней назад оперирована по поводу острой кишечной непроходимости, послеоперационный период осложнился перитонитом вследствие несостоятельности швов анастомоза. При поступлении в отделение реанимации: уровень сознания по ШКГ 12 баллов, акроцианоз, ЧД 40 мин⁻¹, ЧСС 125-130 мин⁻¹, АД 70/40 мм рт. ст. При аускультации в лёгких выслушивается жесткое дыхание, сухие единичные хрипы, SpO₂ 80 %. При анализе рентгена ОГК картина «снежной бури». Определите вероятную причину ОДН, чем объясняется клинико-рентгенологическая картина? Назначьте план обследования и ИТ.

92. Больной И., 78 лет, находился в терапевтическом отделении по поводу гипертонической болезни, стадия II Б. На фоне проводимой терапии у больного отмечалось резкое повышение АД до 240/120 мм рт. ст. При этом нарастала клиника ОДН с тахипноэ до 40 мин⁻¹, акроцианоз, ЧСС 110-120 мин⁻¹. В легких при аускультации - влажные разнокалиберные хрипы, при анализе ЭКГ - перегрузка левых отделов сердца. Больного беспокоит кашель с пенистой мокротой и примесью крови. Установите причину ухудшения состояния, назначьте план обследования и ИТ.

93. Больной К., 25 лет, поступил в приёмное отделение с диагнозом: ножевое проникающее ранение в брюшную полость, острая массивная кровопотеря. Шок III. При поступлении больной без сознания, пульсация сохранена только на сонных артериях. Начата инфузионно-трансфузионная терапия, введен эпинефрин и атропин. На ЭКГ: сохраняется электрическая активность миокарда; пульсация на сонных артериях не определяется. Как следует расценить данное состояние? Какова его возможная причина? Предложите алгоритм неотложных мероприятий в этой ситуации.

94. Больной Л., 87 лет, подан на экстренную операцию с диагнозом: острый аппендицит. Рост 180 см, вес 90 кг. Последний приём пищи за 3 часа до поступления. Из анамнеза известно, что у больного имеется сложная кардиальная патология - нарушения ритма (какие, пациент затрудняется сказать), ИБС, постинфарктный кардиосклероз. После индукции анестезии с использованием тиопентал-натрия, проведено три неудачных попытки оротрахеальной интубации трахеи, после чего у больного зафиксирована остановка сердечной деятельности. Определите ее причины и тактику терапии, а также меры профилактики этого тяжелого осложнения.

95. Вы в составе реанимационной бригады вызваны в хирургическое отделение к больному М., 75 лет. Из анамнеза известно, что у пациента имеется неоперабельная злокачественная опухоль

малого таза с пенетрацией в мочевой пузырь, позвоночник и отдаленными множественными метастазами. Поводом для вызова бригады послужила клиническая смерть. Ранее больной написал отказ от проведения реанимационных мероприятий. Ваши действия.

96. В отделение реанимации поступил больной 25 лет с клиническими признаками отравления барбитуратами. Диагноз отравления подтвержден клинически и лабораторно. При поступлении сопор, брадикардия до 10 мин^{-1} , плавающие движения глазных яблок, узкие зрачки с вялой фотореакцией. Показатели гемодинамики удовлетворительные. При катетеризации мочевого пузыря получено 200 мл мочи темного цвета. Обращает на себя внимание выраженный отек правого бедра. Установить вероятные причины тяжести состояния, провести дообследование, назначить схему интенсивной терапии.

97. В стационар доставлена больная Н., 19 лет, после неудавшейся попытки самоубийства. Диагноз: прерванная механическая асфиксия. На момент поступления: без сознания, имеется странгуляционная борозда на шее, дыхание спонтанное, адекватное, гемодинамика стабильная. Определите критерии тяжести состояния, назначьте дополнительное обследование, схему ИТ.

98. Больная О., 55 лет, поступила в отделение реанимации с диагнозом: автодорожная травма, множественные переломы костей таза, правого бедра. За час до поступления в стационар была сбита легковым автомобилем. Обстоятельства травмы не помнит. При осмотре: бледный кожный покров и слизистые, ЧСС 130 мин^{-1} , АД $70/45 \text{ мм рт. ст.}$. В лабораторных показателях: гемоглобин 60 г/л , гематокрит 18 %. В моче - свободные жирные кислоты. При поступлении в стационар больная была осмотрена травматологом, нейрохирургом, хирургом, после чего переведена в ОРИТ для дальнейшего лечения. Дайте клиническое объяснение лабораторным данным, назначьте инфузионно – трансфузионную терапию и объясните выбор схемы ИТ.

99. Больной П., 23 лет, поступил в стационар с клиникой острой кровопотери в связи с ножевым ранением лучевой артерии. Вы дежурный анестезиолог-реаниматолог, которому необходимо выбрать раствор для инфузионной терапии: декстран, ГЭК, плазма, кристаллоиды. Определите стартовый раствор для инфузионной терапии, обоснуйте выбор, назовите достоинства и недостатки каждой группы растворов.

100. Больная Р., 74 лет, находится в хирургическом отделении по поводу вентральной грыжи. Накануне выполнена герниотомия с герниопластикой. В первые сутки послеоперационного периода отмечается резкое уменьшение темпа диуреза, азотемические показатели в пределах нормы, ЦВД 35 мм рт. ст. , гематокрит 0,39. Субъективно беспокоят неприятные ощущения при мочеиспускании. Развитие какого осложнения произошло в ближайшем послеоперационном периоде, его причины, диагностика, план дальнейшего ведения больной.

101. Больная С., 67 лет, в хирургическое отделение поступила с диагнозом острый калькулезный холецистит. Проводится плановое оперативное вмешательство в условиях ЭТН. Течение анестезии без особенностей. Через 30 минут после начала операции - цианоз губ и слизистых, резкое увеличение сопротивления на вдохе, при аускультации - в легких масса сухих хрипов. После внутривенного введения эпинефрина снизилось сопротивление на вдохе, состояние пациентки начало нормализоваться. Определите характер осложнения и тактику ведения больной.

КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ по дисциплине анестезиология – реаниматология

Число обучающихся	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обучающегося
3	Основная литература:		
	"Интенсивная терапия [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Национальные руководства")." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426630.html ЭБМ «Консультант врача»		
	Бараш П.Д., Куллен Б.Ф., Стэлтинг Р.К. Клиническая анестезиология. / Пер. с англ. – М.: Медицинская литература, 2010. – 699 с.	3 экз	
	Кровообращение и анестезия. Оценка и коррекция системной гемодинамики во время операции и анестезии / под ред. К.М. Лебединского. – СПб.: издательство «Человек», 2012. – 1076 с.	1 экз	
	Марино П. Интенсивная терапия. Пер. с англ. Под ред. А.П. Зильбера. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. – 764 с.	4 экз	
	Неотложная помощь в терапии и кардиологии / Уч. пособие для системы послевуз. проф. образования под ред. Ю.И. Гринштейна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 213 с.	4 экз	
	Неотложная помощь в терапии и кардиологии [Электронный ресурс] / Под ред. Ю.И. Гринштейна - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411629.html ЭБС «Консультант студента»		
	Неотложная помощь при заболеваниях внутренних органов на догоспитальном этапе. /Под ред. В.А. Галкина. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 200 с.	1 экз	
	Физиология и патология гемостаза [Электронный ресурс] : учеб. пособие / под ред. Н.И. Стуклова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436257.html ЭБМ «Консультант врача»		
	Дополнительная литература:		
	Анестезиология и интенсивная терапия: Практическое руководство [Электронный ресурс] / Под ред. чл.-корр. РАМН проф. Б.Р. Гельфанда. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2012. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500467.html ЭБС «Консультант студента»		
	Беленков, Ю.Н. Функциональная диагностика сердечно–сосудистых заболеваний / Ю.Н. Беленков, С.К. Терновой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 975 с.	2 экз.	

Рациональная фармакоанестезиология : Руководство для врачей / ред. А. А. Бунятян, В. М. Мизиков. - М. : Литтерра, 2006. - 800с. с. - (Рациональная фармакотерапия: серия руководств для практикующих врачей, т.14).	2 экз.	
Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан : Комментарии, основные понятия, подзаконные акты / Н. Ф. Герасименко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 520 с.	4 экз.	
Гесс Д.Р., Качмарек Р.М. Искусственная вентиляция легких. Пер. с англ. – М.: Бином, 2009. – 432 с..	2 экз	
Гринхальх Т. Основы доказательной медицины: пер. с англ. / Триша Гринхальх; под ред. И.Н. Денисова, К.И. Сайткулова; 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 282 с.	9 экз	
Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция [Электронный ресурс] / Дементьева И.И., Чарная М.А., Морозов Ю.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970413722.html ЭБС «Консультант студента»		
Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах. Нарушения, профилактика, коррекция [Электронный ресурс] / Дементьева И.И., Чарная М.А., Морозов Ю.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970413722.html ЭМБ «Консультант врача»		
Интенсивная терапия [Электронный ресурс] / Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417850.html ЭМБ «Консультант врача»		
"Интенсивная терапия [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Национальные руководства")." - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426630.html ЭМБ «Консультант врача»		
Инфузионно-трансфузионная терапия в клинической практике: Руководство для врачей / В. В. Баландин, А. Г. Галстян, Б.Р. Гельфанд [и др.] ; ред. Б. Р. Гельфанд ; сост. Б.Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, О. А. Мамонтова, А. И. Ярошецкий. - М. : Мед. информ. агентство, 2009. - 255с.	1 экз.	
Кардиология: Национальное руководство / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1232 с.	9 экз.	

	Кардиология [Электронный ресурс] / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417348.html ЭМБ «Консультант врача»		
	Катцунг Б.Г. Базисная и клиническая фармакология: в 2-х т. Пер. с англ. — М.–СПб.: Би-ном–Невский Диалект, 2008. – Том 1: 611 с. – Том 2: 784 с.	4 экз.	
	Клинические рекомендации. Анестезиология-реаниматология [Электронный ресурс] / под ред. И.Б. Заболотских, Е.М. Шифмана - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440360.html ЭМБ «Консультант врача».		
	Кусталоу, К. Неотложные врачебные манипуляции : Пер. с англ. / К. Кусталоу. - М. : Практика, 2006. - 574с. с. : цв.ил.	1 экз.	
	Основы респираторной поддержки : руководство / К. М. Лебединский, В. А. Мазурок, А. В. Нефедов. - СПб. : Человек, 2008. - 208с. С..	1 экз	
	Острая массивная кровопотеря : учебное пособие / В. А. Мазурок, К. М. Лебединский, А. Е. Карелов. - СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. - 192с.	2 экз.	
	Неотложные состояния в анестезиологии: / Под ред. К. Ольмана, Э. МакИндоу, А. Уилсона; Пер. с англ. – М.: Бином. Лаборатория знаний, 2009. – 368 с.	1 экз.	
	Рациональная фармакотерапия неотложных состояний[Электронный ресурс]: Рук. для практикующих врачей / Б.С. Брискин, А.Л. Верткин, Л.А. Алексанян, Л.А. Блатун и др.; Под общ. ред. Б.С. Брискина, А.Л. Верткина. - М. : Литтерра, 2007. - (Рациональ-ная фармакотерапия: Сер. рук. для практикующих врачей; Т. 17)." – http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785982161031.html ЭМБ «Консультант врача»		
	Ревер Н., Тиль Х. Атлас по анестезиологии: Пер. с нем. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 392. - 3 экз. и 2013 г.	6 экз.	
	Руководство по лабораторным методам диагностики / Рос. ассоц. мед. лаб. диагностики ; А.А. Кишкун и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 779 с. 4 экз. и 2013 г.	1 экз.	
	Руководство по лабораторным методам диагностики[Электронный ресурс] / Кишкун А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN5970411728.html ЭБС «Консультант студента»		
	Руководство по лабораторным методам диагностики[Электронный ресурс] / А. А. Киш-кун - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426593.html ЭБС «Консультант студента»		

Руководство по лабораторным методам диагностики[Электронный ресурс] / А.А. Кишкун - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431023.html ЭМБ «Консультант врача»		
Руководство по скорой медицинской помощи / Уч. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / Гл. ред. С.Ф. Багненко и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 787 с.	3 экз.	
Руководство по скорой медицинской помощи [Электронный ресурс] / Под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Вёрткина, А.Г. Мирошниченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417331.html ЭБС «Консультант студента»		
Руководство по скорой медицинской помощи[Электронный ресурс] / Под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Вёрткина, А.Г. Мирошниченко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417331.html ЭМБ «Консультант врача»		
Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение : Практ. руководство / (РАСХИ) Рос. ассоц. специалистов по хирург. инфекциям ; ред. В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд. - 3-е изд., доп. и перераб. - М. : Мед. информ. агентство, 2013. - 354 с. и 2011 г.	2013 –1 экз. 2011 – 2 экз.	
Практическая кардиоанестезиология : [практическое руководство] / ред. Ф. А. Хенсли-мл., Д. Е. Мартин, Гренн П. Грэвли Г. П. [и др.]. - 3-е изд. - М. : Мед. информ. агентство, 2008. - 1103с.	1 экз	
Чарная М.А., Морозов Ю.А. Тромбозы в клинической практике. ГЭОТАР-Медиа, 2009, 220 с.	1 экз.	
Тромбозы в клинической практике [Электронный ресурс] / Чарная М.А., Морозов Ю.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970409817.html ЭБС «Консультант студента»		
Тромбозы в клинической практике [Электронный ресурс] / Чарная М.А., Морозов Ю.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409817.html ЭМБ «Консультант врача»		
Патофизиология крови : Пер.с англ. / Ф.Дж. Шиффман. - М. : Бином Невский диалект, 2000. - 448с	2 экз.	

онографии и руководства на английском языке (электронные версии)

1. Gravlee G.P., Davis R.F. Cardiopulmonary bypass, principles and practice. – Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007. – 816 p.
Cardiopulmonary Bypass: Principles and Practice, 2nd edition.
http://tele.med.ru/book/cardiac_anesthesia/gr_home.htm
2. Gwinnutt C.L. Lecture Notes Clinical Anaesthesia, 3rd Edition. – Blackwell, 2008. – 184 p.
2004 г. - <https://epratama.files.wordpress.com/2008/12/lecture-note-clinical-anaesthesia.pdf>
3. Holzman R.S., Mancuso T.J., Polaner D.M. A Practical Approach to Pediatric Anesthesia. – Lippincott Williams & Wilkins, 2008. – 688 p.
4. Libby P., Bonow R.O., Zipes D.P., Mann D.L. Braunwald's Heart Disease. – Saunders, 2007. – 2304 p.
5. Newfield P.; Cottrell J.E. Handbook of Neuroanesthesia. 4th ed. – Williams & Wilkins, 2007. – 466 p.
6. Yentis S.M., Hirsch N.P., Smith G.B. Anaesthesia and Intensive Care A-Z: An Encyclopedia of Principles and Practice. – Elsevier, 2009. – 584 p.
<https://www.clinicalkey.com/#!/browse/book/3-s2.0-C20090646638>

Журналы отечественные

1. Анестезиология и реаниматология в библиотеке печатные версии с 2005 по 2015 г.г.

на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=8398 (полные тексты статей 2014-2017)
на сайте журнала <http://www.medlit.ru/journalsview/anestezioreanim>
аннотации и частично полные тексты архивных журналов
на сайте издательства «Медицина» <https://www.medlit.ru/journal/1416>
аннотации статей
2. Анестезия в акушерстве (International Journal of Obstetric Anesthesia сайт журнала на англ. языке <http://www.obstetanesthesia.com/>
3. Вестник анестезиологии и реаниматологии

на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=30248 (полные тексты статей 009-2017)
на сайте журнала <http://vair-journal.com/archive> резюме статей с 2013
4. Вестник аритмологии

В библиотеке печатные версии не все номера с 2005 по 2017 г.г.
на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=9317 полные тексты статей
на сайте журнала <http://www.vestar.ru/mag.jsp?id=1> полные тексты с 1998 г.
5. Вестник интенсивной терапии

В библиотеке печатные версии с 2005 по 2017 г.г.
на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=8485 (полные тексты статей 2014-2016)
6. Вестник СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В библиотеке печатные версии с 2008 по 2016 г.г.
на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=37953 (полные тексты статей 2009-2017)
на сайте журнала <http://vestnik.szgmu.ru/>(полные тексты ста

7. Вестник хирургии им. И.И. Грекова
В библиотеке печатные версии с 2006 по 2015 г.г.
на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=8566(полные тексты статей 2006-2017)
8. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия
В библиотеке печатные версии с 2005 по 2017 г.г.
на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=7775 (полные тексты статей с 2016 года)
на сайте журнала <https://tcs-journal.com/catalog/> /(полные тексты статей 2012-2015)
9. Интенсивная терапия
Сайт журнала <http://www.icj.ru/> и архив с 2005 по 2008 г.г.
<http://www.icjcorp.ru/archive.html>
10. Кардиоваскулярная терапия и профилактика
на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=8762 (полные тексты статей 2003-2017)
11. Кардиология
В библиотеке печатные версии с 2005 по 2015 г.г
на сайте elibrary.ru <https://elibrary.ru/contents.asp?titleid=7844> (полные тексты статей 2013-2017)
12. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия
В библиотеке печатные версии с 2007 по 2017 г.г
13. на сайте издательства «МедиаСфера»
<https://mediasphera.ru/journal/kardiologiya-i-serdechno-sosudistaya-khirurgiya>
доступны резюме статей за последний год и полные тексты с 2013 г.
14. Неотложная кардиология
на сайте журнала <http://acutecardioj.ru/journal> /(полные тексты статей 2014-2017)
на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=55992 (полные тексты статей 2014-2017)
15. Неотложная медицина
журнал «Неотложная медицина» серии «Медицинский алфавит»
16. Российский кардиологический журнал
В библиотеке печатные версии с 2010 по 2017 г.г
на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=9057 (полные тексты статей 2003-2017)
17. Российский медицинский журнал
В библиотеке печатные версии с 2007 по 2015 г.г
на сайте elibrary.ru https://elibrary.ru/title_about.asp?id=9337 (полные тексты статей 2012-2017)
18. Эфферентная терапия В библиотеке печатные версии с 2006 по 2010 г.г
<http://szgmu.ru/rus/s/164/> полные тексты статей 2005-201)

Журналы зарубежные

1. Acta Anaesthesiologica Scandinavica -
[http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1399-6576/issues](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1399-6576/issues)
2. American Heart Journal - <http://www.ahjonline.com/> и
<https://www.journals.elsevier.com/american-heart-journal/>
3. American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine
<http://www.atsjournals.org/journal/ajrccm>
Anaesthesia <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.2017.72.issue-10/issuetoc>

Anaesthesia and Intensive Care - <http://www.aaic.net.au/> и
<https://www.journals.elsevier.com/anaesthesia-and-intensive-care-medicine>

4. Anesthesia and Analgesia - <http://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/pages/default.aspx> и http://www.iars.org/publications/about_aa/
5. Anesthesiology - <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/journal.aspx>
6. Annals of Emergency Medicine - <http://www.annemergmed.com/> и
<https://www.journals.elsevier.com/annals-of-emergency-medicine>
7. BMC Anesthesiology - <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/> и
<http://www.springer.com/medicine/anesthesiology/journal/12871>
8. BMC Emergency Medicine - <https://bmcemergmed.biomedcentral.com/> и
<https://link.springer.com/journal/12873>
9. Brain - <https://academic.oup.com/brain>
10. British Journal of Anaesthesia - <https://academic.oup.com/bja> и
<http://www.ovid.com/site/catalog/journals/1144.jsp>
11. Current Anaesthesia and Critical Care - <https://www.journals.elsevier.com/current-anaesthesia-and-critical-care>
12. Critical Care Medicine - <http://journals.lww.com/ccmjournals/pages/default.aspx>
13. European Heart Journal - <https://www.escardio.org/Journals/ESC-Journal-Family/European-Heart-Journal> и <https://academic.oup.com/eurheartj/issue>
14. Journal of Cardiac Failure - <http://www.onlinejcf.com/> и
<https://www.journals.elsevier.com/journal-of-cardiac-failure/>
15. Journal of Intensive Care Medicine - <http://journals.sagepub.com/home/jic>
16. Journal of the American Medical Association (JAMA) -
<https://jamanetwork.com/journals/jama>
17. Resuscitation - <http://www.resuscitationjournal.com/> и
<https://www.journals.elsevier.com/resuscitation>
18. Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia -
<http://journals.sagepub.com/home/scv> и
<http://www.ovid.com/site/catalog/journals/1177.jsp>
19. Shock - <http://journals.lww.com/shockjournal/pages/default.aspx>
20. The European Journal of Emergency Medicine - <http://journals.lww.com/euro-emergencymed/pages/default.aspx> и
<http://www.ovid.com/site/catalog/journals/954.jsp>

Интернет-сайты отечественные

1. <http://criticalmedicine.karelia.ru> - Школа критической медицины Карелии профессора А.П.Зильбера
 2. <http://polysalov.vipvrach.ru/p285.htm> Наиболее известные шкалы оценки тяжести состояния больных
 3. <http://rusanesth.com/> Русский анестезиологический сервер
 4. <http://szgmu.ru/> Сайт организации (СЗГМУ им. И.И. Мечникова)
 5. <http://www.airspb.ru> - Кафедра анестезиологии-реаниматологии и неотложной педиатрии СПбГПМА
 6. <http://www.anesth.ru/> - Ассоциация анестезиологов и реаниматологов Северо-Запада
 7. <http://www.arh.ru/~sover/> Интернет-версия журнала UPDATE IN ANAESTHESIA
 8. <http://www.cito03.ru/> Национальное Научно-практическое общество скорой медицинской помощи
 9. <http://www.critical.ru/> - Сайт медицины критических состояний (под редакцией проф. Шифмана Е.М., Петрозаводск)
 10. <http://www.critical.ru/> Сайт медицины критических состояний
 11. <http://www.far.org.ru/> Сайт Федерации анестезиологов и реаниматологов
 12. <http://www.medmir.com/> Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке <http://www.rnw-aspen.spb.ru/> - Региональная Северо-Западная Ассоциация Энтерального и Парентерального питания
 13. <http://www.rusmedserv.com/> Русский медицинский сервер
 14. <http://www.vanevski.com/index.html> Сайт кафедры анестезиологии и реаниматологии имени В.Л. Ваневского СЗГМУ им. И.И. Мечникова
- базы данных, информационно-справочные и поисковые системы**
15. <http://ctsnet.org/> сайт ассоциации кардиоторакальных хирургов США
 16. <http://www.cochrane.org/> сайт Кокрановского содружества по доказательной медицине
 17. <http://www.scardio.ru/> сайт Всероссийского Научного Общества Кардиологов
 18. <http://www.sciencedirect.com/> сайт издательства Elsevier
 19. <http://www.scopus.com/home.ur> база данных рефератов и цитирования Scopus
 20. <https://elibrary.ru/defaultx.asp> Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU - это крупнейший российский информационно-аналитический портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты
 21. <https://www.google.ru/> Поисковая система Google
 22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> PubMed база данных медицинских и биологических публикаций Национального центра биотехнологической информации (NCBI) на основе раздела «биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США