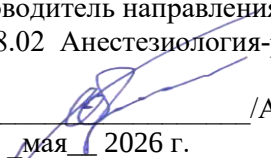


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО**

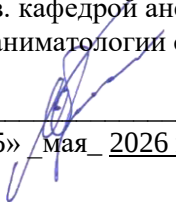
СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления подготовки
31.08.02 Анестезиология-реаниматология

 /А.Н. Обедин/
«15» мая 2026 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой анестезиологии и
реаниматологии с курсом ДПО

 /А.Н. Обедин/
«15» мая 2026 г.

Фонд оценочных средств по производственной практике

Наименование дисциплины	Клиническая практика № 2
Специальность	31.08.02 Анестезиология-реаниматология
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2026

Ставрополь 2026

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
ОПК-3	Способен осуществлять педагогическую деятельность
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
ПК-1	Готов к оказанию специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» вне медицинской организации
ПК-2	Готов к оказанию специализированной медицинской помощи по профилю «анестезиология-реаниматология» в стационарных условиях и в условиях дневного стационара

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-3	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
УК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов

[illegible]

	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-2	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		500 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант																				
1	УК -3	Прочитайте текст и установите соответствие																					
		1. Установите соответствие между видом дыхательного контура наркозного аппарата	А-3,Б-4,В-1, Г-2																				
		<table><tr><th colspan="2">Вид дыхательного контура</th><th colspan="2">Характеристика</th></tr><tr><td>А</td><td>Открытый</td><td>1</td><td>Вдох осуществляется из дыхательно-наркозного аппарата, а выдох производит в атмосферу или в систему отвода дыхательных газов</td></tr><tr><td>Б</td><td>Закрытый</td><td>2</td><td>пациент выдыхает часть воздуха в атмосферу, а часть — в систему дыхательно-наркозного устройства</td></tr><tr><td>В</td><td>Полуоткрытый</td><td>3</td><td>вдох осуществляется через маску, а выдох — в атмосферу.</td></tr><tr><td>Г</td><td>Полузакрытый</td><td>4</td><td>вдох и выдох пациент делает в систему дыхательно-наркозного аппарата.</td></tr></table>		Вид дыхательного контура		Характеристика		А	Открытый	1	Вдох осуществляется из дыхательно-наркозного аппарата, а выдох производит в атмосферу или в систему отвода дыхательных газов	Б	Закрытый	2	пациент выдыхает часть воздуха в атмосферу, а часть — в систему дыхательно-наркозного устройства	В	Полуоткрытый	3	вдох осуществляется через маску, а выдох — в атмосферу.	Г	Полузакрытый	4	вдох и выдох пациент делает в систему дыхательно-наркозного аппарата.
		Вид дыхательного контура		Характеристика																			
		А		Открытый	1	Вдох осуществляется из дыхательно-наркозного аппарата, а выдох производит в атмосферу или в систему отвода дыхательных газов																	
		Б		Закрытый	2	пациент выдыхает часть воздуха в атмосферу, а часть — в систему дыхательно-наркозного устройства																	
		В	Полуоткрытый	3	вдох осуществляется через маску, а выдох — в атмосферу.																		
Г	Полузакрытый	4	вдох и выдох пациент делает в систему дыхательно-наркозного аппарата.																				
2. Установите соответствие между типом боли и ее определением:	А- 1, Б -3, В -2																						
<table><tr><th colspan="2">Вид боли</th><th colspan="2">Характеристика</th></tr><tr><td>А</td><td>Боль острая</td><td>1</td><td>Боль недавно</td></tr></table>		Вид боли		Характеристика		А	Боль острая	1	Боль недавно														
Вид боли		Характеристика																					
А	Боль острая	1	Боль недавно																				

			(ноцицептивная, физиологическая)		возникшая, обусловлена активацией ноцицепторов повреждающими стимулами, является симптомом какого-то заболевания или повреждения тканей, исчезает при устранении повреждения, выздоровлении пациента	
	Б	Прорывная боль	2	Приобретает статус самостоятельного заболевания, существует длительное время (более 3 месяцев), зачастую на протяжении всей жизни пациента, в ряде случаев трудно установить ее этиологию		
	В	Боль хроническая (патологическая)	3	Временное резкое спонтанное или эпизодически возникающее усиление боли на фоне приема препаратов в пролонгированных формах. Этот вид боли обычно появляется внезапно, является очень интенсивным и коротким по времени		
3. Установите соответствие между формами обучения с их целями:						
Форма обучения		Цель				
А	Стажировка	1	Проверка уровня знаний			А -3, Б -1, В- 2, Г-4
Б	Повышение квалификации	2	Приобретение практических навыков			
В	Аттестация	3	Углубление профессиональных знаний			
Г	Аккредитация	4	Проверка профессиональных знаний и умений специалистов системы здравоохранения, для подтверждения			

				соответствия их компетенций установленным нормам и требованиям.	
		4. Установите соответствие между сосудистым доступом и рекомендуемым сроком эксплуатации			А-2, Б-3, В-1
		Вид сосудистого доступа		Срок эксплуатации	
		А	Периферический венозный катетер из тефлона	1 от 9 до 14 дней	
		Б	Периферический венозный катетер из полиуретана	2 не более 3 суток	
		В	Краткосрочный не туннелируемый центральный венозный катетер	3 не более 6 суток	
		5. Установите соответствие между видом документации с их назначением			А -3, Б -2, В-1,Г- 4
		Вид документации		Его назначение	
		А	Журнал учёта больных	1 Оформление временно й нетрудоспособности	
		Б	Протокол консилиума	2 Документирование коллегиального решения	
		В	Листок нетрудоспособности	3 Регистрация пациента в	
		Г	История болезни	4 Ведение медицинской документации	
2	УК-3	Прочитайте текст и установите последовательность			
		1.Определите верную последовательность этапов при внедрении новой методики лечения в отделении анестезиологии и реанимации: А) Обучение персонала Б) Получение разрешений В) Разработка протокола лечения Г) Внедрение методики Д) Оценка эффективности			В→Б→А→Г→Д
		2. Установите правильную последовательность действий при возникновении внештатной ситуации в отделении анестезиологии и реанимации: А) Информирование руководства Б) Оценка ситуации В) Принятие экстренных мер Г) Координация действий персонала Д) Ликвидация последствий			Б→Г→В→А→Д
		3. Определите верную последовательность этапов при планировании работы отделения анестезиологии и реанимации:			Б→В→Г→Д→А

		А) Анализ результатов работы Б) Постановка целей и задач В) Разработка плана мероприятий Г) Распределение ресурсов Д) Утверждение плана	
		4. Установите правильную последовательность действий при организации научной работы: А) Сбор и анализ данных Б) Выбор темы исследования В) Разработка методики исследования Г) Проведение исследования Д) Оформление результатов	Б→В→Г→А→Д
		5. Установите правильную последовательность действий при организации экстренной помощи: А) Оценка состояния пациента Б) Стабилизация состояния В) Оказание первой помощи Г) Документальное оформление	А→В→Б→Г
3	УК-3	Прочитайте текст и продолжите предложение	
		1. Распределение обязанностей между сотрудниками отделения анестезиологии и реанимации регламентируют _____	Должностные инструкции
		2. Ключевым показателем при оценке эффективности работы отделения анестезиологии и реанимации является _____	Процент летальности
		3. На материальное стимулирование персонала направлен метод управления _____	Экономический
		4. При выявлении нарушения в работе медицинского персонала оформляется _____	Акт проверки
		5. Процесс обучения, направленный на совершенствование профессиональных знаний и навыков специалиста в рамках его основной или смежной специальности _____	Повышение квалификации
4	УК-3	Прочитайте текст и дайте развернутый обоснованный ответ	
		1. В отделении анестезиологии и реанимации планируется внедрение новой методики анестезиологического пособия при операциях на крупных суставах нижней конечности. Разработайте план организационных мероприятий	1. Формирование рабочей группы. 2. Обучение персонала новой методике 3. Проверка наличия необходимого оборудования. 4. Разработка протокола анестезиологического пособия. 5. Информирование смежных отделений
		2. Между медсестрой отделения анестезиологии и реанимации и врачом-реаниматологом возник конфликт по поводу распределения обязанностей при работе с тяжелыми пациентами. Предложите алгоритм решения.	1. Выяснение причин конфликта. 2. Проведение совместной встречи участников конфликта. 3. Разработка четкого регламента взаимодействия. 4. Утверждение новых

			должностных инструкций. 5. Контроль исполнения договоренностей
		3. В отделении анестезиологии и реанимации возникла проблема с обеспечением расходными материалами для проведения нейроаксиальной анестезии. Предложите план решения.	1. Анализ потребности в материалах. 2. Составление детальной заявки. 3. Поиск поставщиков. 4. Оптимизация использования имеющихся ресурсов. 5. Внедрение системы учета материалов
		4. В отделении анестезиологии и реанимации планируется аттестация медицинского персонала. Составьте план проведения аттестации.	1. Определение сроков аттестации. 2. Формирование аттестационной комиссии. 3. Разработка критериев оценки. 4. Подготовка методических материалов. 5. Подведение итогов
		5. В отделении анестезиологии и реанимации возникла проблема с соблюдением санитарно-эпидемиологического режима. Предложите меры по устранению.	1. Проведение внутреннего аудита. 2. Выявление причин нарушений. 3. Разработка корректирующих мероприятий. 4. Дополнительное обучение персонала. 5. Внедрение системы контроля
5	УК-3	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	
		1. Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы А) Обеспечить наилучшее лечение Б) Создать благоприятную обстановку для выздоровления больного В) Установить доверительные отношения: больной - врач, врач - больной, врач - родственники больного, врачи между собой Г) Все перечисленное	Г
		2. Этические нормы врача определяются: А) Умениями и навыками Б) Законами и приказами В) Моральной ответственностью перед обществом Г) Этническими особенностями региона Д) Всем перечисленным	В
		3. Показания к госпитализации в отделение реанимации определяет	Г

	А) Главный врач больницы Б) Зам. главного врача по лечебной части В) Профильный дежурный специалист приемного отделения Г) Зав. отделением реанимации, а в его отсутствие - дежурный врач Д) Зав. профильным отделением	
	4. При организации работы отделения анестезиологии и реанимации в первую очередь необходимо: А) Составить график дежурств Б) Определить структуру и штатное расписание В) Закупить оборудование Г) Разработать стандарты оказания помощи	Б
	5. В случае конфликта между врачами при распределении нагрузки руководитель должен: А) Принять сторону более опытного врача Б) Распределить нагрузку самостоятельно В) Организовать переговоры и поиск компромисса Г) Переложить решение на администрацию	В
	6. При планировании работы отделения анестезиологии и реанимации приоритет отдается: А) Желаниям пациентов Б) Наличию специалистов В) Сложности и срочности случаев Г) Плановым показателям	В
	7. При внедрении новых методов диагностики необходимо: А) Самостоятельное освоение персоналом Б) Обучение всего коллектива В) Приглашение специалистов для консультаций Г) Поэтапное внедрение с контролем	Г
	8. Распределение обязанностей между средним медперсоналом основывается на: А) Стаже работы Б) Квалификации и специализации В) Личном желании сотрудников Г) Графике отпусков	Б
	9. В случае ошибки младшего персонала руководитель должен: А) Сделать публичное замечание Б) Составить акт о нарушении В) Провести индивидуальную беседу Г) Немедленно отстранить от работы	В
	10. В случае нехватки специалистов руководитель должен: А) Отменить прием пациентов Б) Привлечь дополнительных сотрудников В) Перераспределить нагрузку Г) Отложить сложные случаи	В

	11. При организации обучения персонала приоритет отдается: А) Формальному прохождению программы Б) Практическим навыкам В) Теоретической подготовке Г) Самостоятельному обучению	Б
	12. В случае несогласия с решением руководства специалист должен: А) Игнорировать решение Б) Обсудить вопрос неформально В) Обратиться в вышестоящие инстанции Г) Представить аргументированные возражения	Г
	13. В случае нарушения трудовой дисциплины руководитель должен: А) Сделать устное замечание Б) Провести расследование и принять меры В) Сразу применить дисциплинарное взыскание Г) Игнорировать нарушение	Б
	14. При планировании закупки оборудования для отделения анестезиологии и реанимации в первую очередь учитывается: А) Стоимость оборудования Б) Потребности отделения и частота использования В) Рекомендации производителей Г) Наличие средств в бюджете	Б
	15. В случае массового поступления пациентов руководитель должен: А) Отказать в приеме лишних пациентов Б) Дождаться указаний руководства В) Отправить часть пациентов в другие отделения Г) Перераспределить персонал и привлечь дополнительных специалистов	Г
	16. В случае выявления нарушения санитарно-эпидемиологического режима руководитель должен: А) Сделать выговор персоналу Б) Составить акт и провести внеплановый инструктаж В) Закрыть отделение на дезинфекцию Г) Обратиться в надзорные органы	Б
	17. При организации обучения персонала по новым методикам диагностики необходимо: А) Организовать практические занятия с контролем усвоения Б) Провести только теоретическое обучение В) Отправить персонал на внешнее обучение Г) Доверить обучение старшим специалистам	А
	18. Распределение дежурств в отделении анестезиологии и реанимации основывается на: А) Желании сотрудников Б) Квалификации и опыте персонала	Б

	В) Семейном положении врачей Г) Стаже работы	
	19. При возникновении конфликтной ситуации между отделениями руководитель должен: А) Принять сторону своего отделения Б) Обратиться к вышестоящему руководству В) Организовать переговоры и поиск компромисса Г) Игнорировать конфликт	В
	20. В случае нехватки расходных материалов руководитель должен: А) Приостановить работу отделения Б) Найти альтернативные источники и оптимизировать использование В) Переложить ответственность на бухгалтерию Г) Дождаться плановой закупки	Б
	21. В случае выявления профессионального выгорания сотрудников руководитель должен: А) Сделать выговор за снижение эффективности работы Б) Организовать меры по профилактике и поддержке персонала В) Заменить персонал на новый Г) Игнорировать проблему	Б
	22. При планировании научной работы отделения приоритет отдается: А) Желаниям отдельных сотрудников Б) Возможности публикации в журналах В) Наличию финансирования Г) Актуальным проблемам и потребностям практики	Г
	23. В случае возникновения аварийной ситуации руководитель должен: А) Эвакуировать пациентов и персонал Б) Оценить ситуацию и принять решение о дальнейших действиях В) Немедленно обратиться в аварийную службу Г) Доложить вышестоящему руководству	Б
	24. В случае выявления несоответствия квалификации персонала занимаемой должности руководитель должен: А) Уволить сотрудника Б) Организовать дополнительное обучение или переквалификацию В) Перевести на другую должность Г) Игнорировать несоответствие	Б
	25. В случае выявления нарушения трудовой дисциплины среди среднего медперсонала руководитель должен: А) Провести служебное расследование Б) Немедленно уволить нарушителя В) Сделать устное замечание Г) Сообщить главному врачу	А
	26. Установление должностей медицинского персонала в отделении реанимации сверх штатных нормативов	Б

		А) Не допускается Б) Определяется руководителем лечебно-профилактического учреждения В) Допускается с разрешения вышестоящей организации Г) Разрешается индивидуально Д) Разрешается									
		27. В соответствии с основными задачами отделения анестезиологии и реанимации его персонал: А) Определяет наиболее оптимальные методы общей и местной анестезии Б) Осуществляет общую и специальную подготовку к наркозу В) Проводит обезболивание при акушерских операциях и родах Г) Проводит обезболивание при диагностических и лечебных процедурах Д) Все ответы правильны	Д								
		28. Койки палат реанимации и интенсивной терапии считаются А) Терапевтическими Б) Хирургическими В) Профиль определяется в зависимости от потребности Г) Не входят в число сметных Д) Гнойно-септическими	Г								
		29. Отделение анестезиологии-реаниматологии должно быть обеспечено медика-ментами, трансфузионными средствами в количествах из расчета А) На 3 суток работы Б) На количество анестезий и коек (среднегодовое) В) В количествах, необходимых для полноценного проведения анестезии, реанимации и интенсивной терапии Г) На 7 суток работы, кроме наркотиков и дорогостоящих Д) По предварительным заявкам	В								
		30. Должности врачей анестезиологов-реаниматологов устанавливаются из расчета А) На количество операционных столов Б) На количество хирургических коек В) На оперативную активность Г) Исходя из потребности в анестезиологической помощи Д) По усмотрению администрации	Б								
6.	УК-4	Прочитайте текст и установите соответствие 1. Соотнесите конфликтную ситуацию с оптимальной тактикой врача анестезиолога-реаниматолога <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Конфликтная ситуация</th> <th colspan="2">Тактика врача</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td> <td>Пациент пожилого возраста называет вас «девочкой» и сомневается в</td> <td>1</td> <td>Наедине после совещания тактично выяснить, не была ли это ошибка, и</td> </tr> </tbody> </table>	Конфликтная ситуация		Тактика врача		А	Пациент пожилого возраста называет вас «девочкой» и сомневается в	1	Наедине после совещания тактично выяснить, не была ли это ошибка, и	А-2, Б-1, В-3
Конфликтная ситуация		Тактика врача									
А	Пациент пожилого возраста называет вас «девочкой» и сомневается в	1	Наедине после совещания тактично выяснить, не была ли это ошибка, и								

			вашей компетентности		напомнить о правилах цитирования.		
		Б	Коллега на конференции представляет ваш клинический случай как свой без ссылки	2	Корректно, но твердо обозначить свою должность и квалификацию, перевести разговор в профессиональное русло.		
		В	Медсестра не выполняет ваше назначение вовремя, ссылаясь на высокую загрузку	3	Предложить обсудить график и нагрузку с старшей медсестрой, чтобы найти решение, а не обвинять		
		2. Соотнесите этап разговора с плохими новостями (SPIKES-протокол) с действиями врача					Г–1; А–2; Е–3; Д–4; В–5; Б –6.
		Этап разговора		Действия врача			
		А	Setting (Настройка)	1	«Скажите, пожалуйста, что вы уже знаете о своем заболевании?»		
		Б	Perception (Восприятие)	2	«Я готов обсудить с вами план лечения и дальнейшие шаги».		
		В	Invitation (Приглашение)	3	«Я вижу, как это тяжело для вас. Это действительно серьезный диагноз».		
		Г	Knowledge (Знание)	4	Организовать беседу в тихом, приватном месте, представиться, обеспечить присутствие близких.		
		Д	Empathy (Сопереживание)	5	«Мне жаль сообщать, но результаты исследования показали...» (сообщает информацию четко, без жаргона).		
		Е	Strategy/Summary (Стратегия)	6	«Хотели бы вы, чтобы я рассказал все подробно сейчас, или сначала ответил на ваши вопросы?»		
		3. Соотнесите тип «сложного» пациента с рекомендуемой коммуникативной стратегией.					Б–1; В–2; А–3; Г–4
		Тип пациента		Коммуникативная стратегия			
		А	Требовательный, всезнающий («пациент-эксперт» из интернета)	1	Сохранять спокойствие, давать структурированную информацию маленькими порциями, письменные		

				памятки.	
	Б	Пассивный, безэмоциональный, мало говорит	2	Признать его усилия по поиску информации, корректно дополнить или скорректировать ее, вовлечь в совместное принятие решений.	
	В	Тревожный, задает множество уточняющих вопросов	3	Использовать открытые вопросы, проявлять терпение, больше слушать, проявлять эмпатию к скрытым переживаниям.	
	Г	Агрессивный, обвиняющий	4	Не принимать обвинения на свой счет, дать выговориться, четко обозначить рамки приемлемого поведения, сфокусироваться на решении проблемы.	
4. Соотнесите этическую дилемму в реаниматологии с принципом биоэтики, который является в ней ключевым.					
Дилемма			Принцип		
А	Пациент с ХСН отказывается от ИВЛ, хотя родственники настаивают на продлении жизни любыми способами		1	Уважение автономии пациента (право на информированный отказ).	
Б	Отказ пожилого пациента с деменцией от безопасной, но необходимой процедуры (например, установки зонда).		2	Не навреди (Primum non nocere).	
В	Публикация фото уникального клинического случая в учебных целях.		3	Конфиденциальность (врачебная тайна)	
5. Соотнесите профессиональную ситуацию с формой профессионального взаимодействия.					
Профессиональная ситуация			Форма взаимодействия		
			А–1;Г–2;В–3; Б–4.		

		А	Совместное ведение реанимационного пациента с врачом терапевтом и кардиологом.	1	Междисциплинарное взаимодействие.	
		Б	Консультация нейрохирурга по поводу оперативного лечения гематомы.	2	Преемственность между этапами оказания помощи.	
		В	Участие в межрегиональном телемосте по вопросам лечения ТЭЛА	3	Межведомственное взаимодействие.	
		Г	Передача пациента под наблюдение врача хирурга при переводе в профильное отделение	4	Внутрипрофессиональная консультация (в рамках специальности).	
7	УК-4	Прочитайте текст и установите последовательность				
		1. Установите последовательность этапов беседы с родственниками пациента в коме (первый разговор): А. Представиться, назвать свою должность, предложить сесть. Б. Кратко описать текущее состояние пациента на понятном языке («глубокий сон», «дышит с аппаратом»). В. Выяснить, что им уже известно о произошедшем. Г. Объяснить суть диагноза и проведенных мероприятий, избегая излишних деталей и гарантий. Д. Обозначить ближайший план действий (наблюдение, исследования). Е. Выделить время для ответов на вопросы, договориться о следующей встрече/звонке.				А - В - Б - Г - Д - Е
		2. Расставьте этапы действий при поступлении агрессивного пациента с ЗЧМТ в приемное отделение в нужном порядке А. Обеспечить собственную безопасность и безопасность персонала (при необходимости привлечь охрану). Б. Провести экстренную оценку витальных функций (ABCD). В. После стабилизации состояния провести полный осмотр и собрать анамнез (у родственников, СМП). Г. Выполнить необходимые диагностические манипуляции (осмотр, КТ) по жизненным показаниям, возможно, с медикаментозной седацией. Д. Попытаться установить вербальный контакт спокойным, уверенным голосом.				А-Б-Д-Г- В
		3. Установите последовательность действий при				А-В-Б-Г-Д

		возникновении разногласий с коллегой по тактике лечения: А. Наедине корректно высказать свою точку зрения, подкрепленную данными (выписка, результаты исследований, клин. рекомендации). Б. Предложить совместно обратиться к источнику, который может разрешить спор (руководитель отделения, консилиум, актуальные клинические рекомендации). В. Внимательно выслушать аргументы коллеги. Г. Если согласие не достигнуто, принять решение, исходя из интересов пациента, с возможностью внесения особого мнения в историю болезни. Д. После разрешения ситуации сохранять рабочие отношения.	
		4. Установите алгоритм информирования пациента о необходимости плановой госпитализации. Расставьте этапы в нужном порядке: А. Объяснить, почему стационарное лечение предпочтительнее амбулаторного в данном случае (диагностика, мониторинг, процедуры). Б. Рассказать, что ждет пациента в стационаре (примерные сроки, основные исследования, режим). В. Ответить на вопросы и обсудить организационные моменты (что брать с собой, документы). Г. Убедиться, что пациент понял информацию, и дать время на принятие решения. Д. Обсудить возможные риски отказа от госпитализации.	А-Б-В-Д-Г
		5. Определите последовательность действия врача при ошибке в назначении (обнаружена после того, как медсестра уже сделала укол). Расставьте этапы в нужном порядке: А. Немедленно оценить возможные последствия ошибки для пациента. Б. Принять меры для коррекции или минимизации вреда (назначить антидот, усилить наблюдение и т.д.). В. Честно и открыто сообщить о случившемся пациенту (или его родственникам) и лечащему врачу, если вы дежурный. Г. Оформить соответствующий документ (запись в истории болезни, извещение о побочном действии). Д. Проанализировать причины ошибки лично и на разборе случая в отделении для недопущения повторения.	А-Б-Г-В-Д
8	УК-4	Прочитайте текст и продолжите предложение	
		1. Аритмия при проведении фильтрационных методах детоксикации может развиваться в результате _____	быстрого изменения состава электролитов
		2. Специфическим антидотом при развитии цитратной интоксикации при проведении экстракорпоральных процедур с цитратной антикоагуляцией является _____	хлорид кальция
		3. Как можно назначить лекарственный препарат несовершеннолетнему по показаниям не указанным в инструкции по его применению?	Несовершеннолетним при оказании им медицинской помощи могут быть назначены лекарственные препараты,

			включенные стандарты медицинской помощи детям и клинические рекомендации и применяемые в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению.
		4. Коллаптоидное состояние при проведении фильтрационных методах детоксикации может развиваться в результате_____	слишком быстрого удаления жидкости
		5. Рекомендуемым сосудистым доступом для проведения заместительной почечной терапии является _____	перфузионный катетер, имплантируемый в правую яремную вену или в правую бедренную вену.
9	УК-4	Прочитайте задачу и дайте развёрнутый ответ	
		1. Какие данные указываются в Листе регистрации трансфузий (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов, который заполняется лечащим врачом, врачом специалистом, проводившим трансфузию?	- наименование компонента донорской крови и (или) ее компонентов с указанием количества (литры, единицы), - дата проведения трансфузии, - фамилия, имя, отчество лечащего врача (врача-специалиста), проводившего трансфузию, и его подпись, - фамилия, имя, отчество среднего медицинского работника, ответственного за выполнение трансфузии и его подпись, - информация о наличии или отсутствии посттрансфузионных осложнений.
		2. Вы — дежурный реаниматолог. К вам в ординаторскую заходит заплаканная медсестра из палаты интенсивной терапии. Она сообщает, что родственник пациента с инсультом (сын) грубо кричал на нее, обвинял в	1. Выслушать медсестру, выразить поддержку: «Я понимаю, как это

		невнимательном уходе и пригрозил жалобой. Из разговора вы понимаете, что объективных причин для жалоб нет, но сын находится в состоянии острого стресса. 1. Как вы поддержите коллегу (медсестру) в этой ситуации? 2. Каковы будут ваши дальнейшие действия в отношении родственника пациента?	неприятно. Вы делаете свою работу хорошо. Спасибо, что сообщили». Подчеркнуть, что такое поведение родственника связано со стрессом, а не с ее работой. 2. Подойти к родственнику для беседы. Начать с эмпатии: «Я понимаю, как вы переживаете за отца, это очень тяжелое время». Затем четко обозначить: «При этом мы не можем допускать грубого обращения с персоналом, который ухаживает за вашим отцом. Все вопросы и тревоги вы можете озвучить мне, лечащему врачу. Давайте обсудим, что именно вас беспокоит?». Перевести разговор в конструктивное русло, обсудив состояние пациента.
		3. Как согласно законодательству оформляется добровольное информирование согласие на проведение анестезии у детей?	1. Информированное добровольное согласие подписывается одним из родителей ребенка или иным законным представителем 2. При отсутствии родителей или иных законных представителей согласие оформляется консилиумом врачей. 3. Подростки, достигшие 15 лет, заполняют согласие на проведение анестезиологического пособия самостоятельно
		4. С какой частотой необходимо проводить осмотры детей врачом-анестезиологом-реаниматологом в сутки при изменении состояния? Сколько раз в сутки должны	В случаях изменения состояния детей осуществляется запись

		осуществляться осмотры детей врачом-анестезиологом-реаниматологом минимум? Вносятся ли данные осмотра в медицинскую документацию детей?	в медицинской документации врачом-анестезиологом-реаниматологом с подробным описанием ситуации, с указанием времени происшествия и проведенных мероприятий. Осмотры детей врачом-анестезиологом-реаниматологом осуществляются не реже 4 раз в сутки. Данные осмотров, заключений, результатов проводимых исследований и лечебных мероприятий вносятся в медицинскую документацию детей
		5. Перечислите основные правила взятия проб крови для бактериологического исследования крови на стерильность с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам у больных с сепсисом.	Забор материал следует произвести до первого введения antimicrobных препаратов не позднее 1 часа от момента поступления в стационар. Первая доза антибактериального препарата должна быть введена не позднее 1 часа от момента выявления инфекции. 2. Взятие крови для микробиологического исследования осуществляется 2-кратно из вен разных верхних конечностей с интервалом 20-30 минут. 3. Для забора крови не использовать периферические и центральные венозные катетеры.
10	УК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	
		1. Пациент с деменцией ведет себя агрессивно, не дает себя осмотреть. Родственники просят «сделать укол, чтобы успокоить». Ваши действия? А. Немедленно ввести седативный препарат	В

	Б. Отказаться от осмотра, пока пациент не успокоится В. Попытаться установить контакт спокойным голосом, устранить возможные причины дискомфорта (свет, шум), привлечь родственников к успокаивающему общению. Медикаментозную седацию рассматривать как крайнюю меру. Г. Попросить родственников силой удержать пациента для осмотра	
	2. Какое из перечисленных действий врача-реаниматолога наиболее соответствует принципу бесконфликтного общения с пациентом? А. Использование сложной профессиональной терминологии без пояснений Б. Активное слушание жалоб пациента без перебиваний В. Минимизация зрительного контакта для соблюдения дистанции Г. Быстрое завершение приема при явной тревожности пациента	Б
	3. При разборе сложного клинического случая на консилиуме мнение молодого ординатора отличается от мнения заведующего отделением. Какую тактику следует выбрать ординатору? А. Настаивать на своей точке зрения, громко аргументируя Б. Сразу согласиться с авторитетным мнением, чтобы избежать конфликта В. Вежливо изложить свою позицию, подкрепив данными осмотра и литературой Г. Промолчать, но после собрания обсуждать ситуацию с другими ординаторами	В
	4. Родственники пациента находящегося в отделении реанимации с острым нарушением мозгового кровообращения требуют немедленной консультации заведующего, хотя лечащий врач только что его осмотрел. Ваши действия как дежурного врача? А. Объяснить, что заведующий только что дал рекомендации, и предложить совместно обсудить все вопросы с лечащим врачом Б. Сказать, что заведующий занят и не может подойти В. Немедленно позвать заведующего, чтобы избежать скандала Г. Посоветовать родственникам написать официальную жалобу	А
	5. Коллега из другого отделения в разговоре допускает неточную трактовку вашего назначения пациенту. Как вы поступите? А. Сделаете замечание при пациенте, чтобы избежать ошибки в лечении Б. Корректно уточните информацию наедине с коллегой после беседы В. Проигнорируете, так как это не ваша зона ответственности Г. Доложите о ситуации руководителю коллеги	Б
	6. Пациент отказывается от предложенного плана обследования (КТ), считая его излишним. Ваша тактика? А. Настоять на своем решении, сославшись на протокол Б. Оформить официальный отказ без дополнительных объяснений	Г

	В. Согласиться с пациентом и отменить исследование Г. Подробно и доступно объяснить необходимость исследования, его безопасность и альтернативы	
	7. Во время обхода пациент задает вопрос, адресованный старшему по должности врачу, перебивая его. Ваши действия? А. Вежливо попросить пациента дослушать коллегу, а затем ответить на его вопрос Б. Немедленно ответить на вопрос, чтобы не заставлять пациента ждать В. Сделать замечание о недопустимости перебивать врача Г. Проигнорировать вопрос, пока старший коллега не закончит говорить	А
	8. При передаче дежурства вы обнаруживаете, что коллега не выполнил важное назначение тяжелому пациенту. Ваши действия? А. Сделать запись в журнале передач дежурств и немедленно информировать заведующего Б. Выполнить назначение самостоятельно, а на утренней конференции корректно обсудить этот случай без указания фамилий В. Выполнить назначение и не поднимать этот вопрос, чтобы не портить отношения с коллегой Г. Потребовать от коллеги немедленно вернуться и выполнить назначение	Б
	9. На многопрофильном консилиуме представитель другой специальности предлагает тактику, которая, с вашей точки зрения, может ухудшить состояние пациента. Как вы поступите? А. Резко раскритикуете предложение, приведя доводы из неврологии Б. Тактично выскажете свои опасения, предложив совместно найти компромиссное решение В. Промолчите, чтобы не создавать конфликтную атмосферу Г. Поддержите коллегу, но позже поговорите с лечащим врачом пациента	Б
	10. Пациент в беседе негативно отзывается о работе вашего коллеги, который его консультировал ранее. Ваша реакция? А. Поддержать пациента, согласившись с его оценкой Б. Прервать разговор и сменить тему В. Объяснить, что не можете обсуждать работу коллег, но готовы выслушать все фактические жалобы на нынешнее состояние Г. Пообещать пациенту разобраться в ситуации и наказать коллегу	В
	11. Пациент агрессивно требует назначить ему препарат, который, по вашему мнению, ему не показан. Ваши действия? А. Уступить, чтобы избежать конфликта и жалобы Б. Твердо, но спокойно объяснить причины отказа, предложив альтернативные варианты лечения В. Вызвать охрану или полицию Г. Прекратить прием и попросить пациента покинуть кабинет	Б
	12. Медсестра сообщает вам, что пациент	В

	терапевтического отделения недоволен долгим ожиданием консультации врача-реаниматолога. Вы осматривали экстренного пациента в приемном отделении. Что скажете пациенту? А. «Таковы порядки в стационаре, придется потерпеть» Б. Ничего не говорить, сразу начав осмотр В. Вежливо извиниться за задержку, кратко объяснив ее причиной (без деталей), и поблагодарите за терпение Г. Обвинить предыдущего пациента в том, что он затянул прием	
	13. Родители ребенка со стенозом гортани категорически против назначенной терапии, начитавшись о побочных эффектах в интернете. Как выстроить диалог? А. Настаивать на своем назначении как на единственно верном Б. Признать их право на беспокойство, подробно разобрать риски и пользу терапии, обсудить возможные альтернативы и наблюдение В. Отказаться от ведения пациента, если они не следуют рекомендациям Г. Минимизировать разговор о побочных эффектах	Б
	14. Коллега просит вас проконсультировать «по-дружески» его родственника в нерабочее время, минуя официальную запись. Ваше решение? А. Согласиться, чтобы поддержать дружеские отношения Б. Вежливо объяснить, что вы готовы помочь, но в рамках рабочего времени и официальной записи, чтобы избежать этических нарушений В. Резко отказать, сославшись на занятость Г. Дать совет по телефону без осмотра	Б
	15. При беседе с родственниками пациента, пожилой родственник постоянно переспрашивает и уточняет одно и то же. Ваша тактика? А. Проявить нетерпение и показать, что вы ограничены во времени Б. Попросить родственников объяснить все пациенту позже В. Спокойно и доброжелательно повторять информацию, используя простые слова, возможно, записать ключевые моменты на бумаге Г. Сократить время приема, дав лишь базовые рекомендации	В
	16. На научной конференции вы замечаете, что докладчик использует данные вашего исследования без ссылки на авторство. Ваши действия? А. Прервать докладчика с места и публично обвинить в плагиате Б. После выступления подойти к докладчику наедине и корректно выяснить ситуацию В. Немедленно сообщить председателю конференции Г. Ничего не предпринимать, чтобы не портить репутацию коллеги	Б
	17. Родственники пациента находящегося в отделении реанимации настаивают на проведении дорогостоящего коммерческого исследования, которое, по вашему мнению, не имеет диагностической ценности в ее случае. Как поступить?	А

	А. Объяснить, почему это исследование неинформативно, и предложить оптимальный с медицинской и экономической точки зрения план обследования Б. Направить на исследование, раз она настаивает и готова платить В. Отказаться от дальнейшего ведения пациента Г. Согласиться, но выдать направление с пометкой «по желанию пациента»	
	18. При совместном ведении пациента с терапевтом возникли разногласия по интерпретации данных МРТ. Как эффективно разрешить ситуацию? А. Написать служебную записку заведующему о некомпетентности коллеги Б. Пригласить терапевта на совместный просмотр снимков с рентгенологом для выработки общего понимания В. Действовать по своему усмотрению, не информируя терапевта Г. Перевести пациента под свое единоличное наблюдение	Б
	19. Во время срочной консультации в неврологическом отделении ваш коллега-невролог в резкой форме требует немедленных действий. Ваша реакция? А. Ответить в аналогичном тоне Б. Сделать замечание о недопустимости такого тона В. Отказаться от консультации из-за грубого обращения Г. Сохраняя спокойствие, четко выполнить необходимые диагностические действия, понимая стрессовую ситуацию коллеги	Г
	20. Пациент просит вас не сообщать его родственникам истинный диагноз. Ваши действия? А. Выполнить просьбу пациента, сохраняя врачебную тайну Б. Обсудить с пациентом важность поддержки семьи, но уважать его решение, если он дееспособен В. Все равно сообщить близким родственникам, так как это в их интересах Г. Отказаться вести пациента на таких условиях	Б
	21. При распределении научных тем среди ординаторов более опытный коллега присваивает себе самую перспективную. Ваши действия? А. Обсудить вопрос с научным руководителем, предложив справедливый вариант распределения (например, жеребьевку) Б. Открыто конфликтовать из-за темы В. Смириться, чтобы не портить отношения в коллективе Г. Выбрать себе тему посложнее, чтобы доказать свое превосходство	А
	22. Родственники пациента в коме требуют ежедневных подробных прогнозов, которые в данной ситуации невозможны. Как общаться с ними? А. Избегать встреч, поручив общение медсестре Б. Выделить фиксированное время для общения, доброжелательно объясняя текущее состояние, планы действий и реалистичные ожидания В. Давать каждый день оптимистичные прогнозы, чтобы поддержать надежду Г. Говорить, что «состояние стабильное», избегая деталей	Б
	23. На врачебной комиссии по ВТЭК вы не согласны с	Б

	мнением большинства о степени нетрудоспособности пациента. Как поступить? А. Настаивать на своем мнении, угрожая выходом из комиссии Б. Внести свое особое мнение в протокол в письменном виде, аргументировав его В. Уступить мнению большинства, чтобы не затягивать процесс Г. Обсудить свой взгляд с председателем комиссии наедине после заседания	
	24. Пациент отказывается от госпитализации в отделение реанимации с диагнозом ОНМК, находясь в измененном состоянии сознания. Его родственники поддерживают отказ. Ваши действия? А. Разъяснить в присутствии свидетелей (другой врач, медсестра) все риски отказа, оформить официальный отказ, предложить альтернативы (дневной стационар, активное посещение на дому) Б. Уважить отказ и отпустить пациента домой В. Принудительно госпитализировать, так как это угрожающее жизни состояние Г. Оставить пациента в приемном покое для наблюдения	А
	25. При подготовке публикации младший научный сотрудник просит включить его в соавторы, хотя его вклад был минимален. Ваша позиция? А. Включить, чтобы не ссориться Б. Резко отказать В. Объяснить принципы соавторства и предложить включить его в благодарности, либо поручить конкретный раздел работы для реального вклада Г. Пообещать включить в следующую работу	В
	26. На обходе студент-практикант при пациенте задает вопрос, демонстрирующий его некомпетентность в базовом вопросе. Ваша реакция? А. Сделать строгое замечание при пациенте Б. Корректно ответить на вопрос, а после обхода на учебном разборе разъяснить тему В. Игнорировать вопрос Г. Ответить: «Это элементарно, вы должны это знать»	Б
	27. Пациент приносит вам для ознакомления заключения нескольких платных специалистов, которые противоречат друг другу. Он растерян и зол. Как помочь? А. Резко раскритиковать коллег, составивших заключения Б. Спокойно проанализировать все заключения вместе с пациентом, объяснить возможные причины расхождений, предложить свой план для прояснения ситуации В. Посоветовать выбрать то заключение, которое ему больше нравится Г. Отказаться от анализа, сославшись на то, что вы не можете комментировать работу других врачей	Б
	28. При работе в бригаде с фельдшером СМП он допускает ошибку при введении препарата. Ваши действия на месте? А. Сделать замечание громко, чтобы все слышали Б. Сделать вид, что не заметили, чтобы не подставлять коллегу В. Сообщить о нарушении диспетчеру по радио Г. Немедленно скорректировать последствия ошибки, а	Г

		после вызова наедине обсудить ситуацию для недопущения в будущем																					
		29. Во время телемедицинской консультации связь постоянно прерывается, пациент раздражается. Что делать? А. Обвинить пациента в плохом интернете Б. Предложить альтернативный способ связи (например, аудиозвонок) или перенести консультацию, извинившись за технические неполадки В. Быстро закончить консультацию, дав общие рекомендации Г. Попросить пациента самому решить технические проблемы	Б																				
		30. Коллега из смежного отделения в переписке в общем рабочем чате допускает фамильярность и неуважительные шутки в ваш адрес. Ваша реакция? А. Ответить в том же духе, чтобы «не ударить в грязь лицом» Б. Написать ему в личном сообщении, что такие комментарии вам неприятны и не профессиональны В. Пожаловаться администратору чата или руководителю Г. Игнорировать, считая это нормой общения	Б																				
11	ОПК-1	Прочитайте текст и установите соответствие 1. Установите соответствие между видом медицинской документации и формой ее ведения, которую предписывают современные требования информатизации здравоохранения. <table><tr><th colspan="2">Документ</th><th colspan="2">Форма ведения</th></tr><tr><td>А</td><td>Наркозная карта</td><td>1</td><td>Исключительно в форме электронного документа с квалифицированной электронной подписью (КЭП) лечащего врача</td></tr><tr><td>Б</td><td>Протокол интенсивной терапии новорожденного</td><td>2</td><td>Электронный документ, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью, или бумажный носитель, заверенный собственноручной подписью</td></tr><tr><td>В</td><td>Согласие пациента на медицинское вмешательство</td><td>3</td><td>Заполняется на бумажном носителе и хранится в архиве медицинской организации</td></tr><tr><td>Г</td><td>Статистический отчет формы 30 для Росстата</td><td>4</td><td>Формируется автоматически из структурированных данных электронных медицинских карт для передачи в уполномоченные органы</td></tr></table>	Документ		Форма ведения		А	Наркозная карта	1	Исключительно в форме электронного документа с квалифицированной электронной подписью (КЭП) лечащего врача	Б	Протокол интенсивной терапии новорожденного	2	Электронный документ, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью, или бумажный носитель, заверенный собственноручной подписью	В	Согласие пациента на медицинское вмешательство	3	Заполняется на бумажном носителе и хранится в архиве медицинской организации	Г	Статистический отчет формы 30 для Росстата	4	Формируется автоматически из структурированных данных электронных медицинских карт для передачи в уполномоченные органы	А-2,Б-2,В-2,Г-4
Документ		Форма ведения																					
А	Наркозная карта	1	Исключительно в форме электронного документа с квалифицированной электронной подписью (КЭП) лечащего врача																				
Б	Протокол интенсивной терапии новорожденного	2	Электронный документ, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью, или бумажный носитель, заверенный собственноручной подписью																				
В	Согласие пациента на медицинское вмешательство	3	Заполняется на бумажном носителе и хранится в архиве медицинской организации																				
Г	Статистический отчет формы 30 для Росстата	4	Формируется автоматически из структурированных данных электронных медицинских карт для передачи в уполномоченные органы																				

		2. Установите соответствие между категорией угрозы информационной безопасности и конкретным примером такой угрозы в отделении реанимации.				А-4,Б-2,В-3,Г-1
		Тип угрозы		Пример в ОРИТ		
		А	Угроза целостности информации	1	Отключение электроэнергии в результате аварии на подстанции, остановка наркозно-дыхательного аппарата	
		Б	Угроза конфиденциальности	2	Взлом учетной записи медсестры и публикация в интернете фотографий истории болезни известного пациента	
		В	Угроза доступности информации (отказ в обслуживании)	3	Сбои программного обеспечения принтера для печати этикеток с лекарствами	
		Г	Аппаратная (физическая) угроза	4	Случайное удаление части файла с дневником интенсивной терапии	
		3. Установите соответствие между типом аутентификации пользователя в медицинской информационной системе (МИС) и его описанием.				А-3,Б-2,В-1,Г-4
		Фактор аутентификации		Описание / Пример		
		А	Знание (что-то, что ты знаешь)	1	Сканер отпечатка пальца для входа в компьютерную систему аптеки-стойки отделения	
		Б	Владение (что-то, что у тебя есть)	2	Ежедневно меняющийся PIN-код на RSA-токене для доступа к ЕГИСЗ	
		В	Свойство (что-то, чем ты являешься)	3	Пароль для входа в рабочую станцию ординаторской	
		Г	Местонахождение	4	Доступ к модулю "Эпикриз" открыт только с компьютеров, находящихся внутри периметра сети больницы	
		4. Установите соответствие между документом, регулирующим сферу информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в медицине, и его основным содержанием.				А-3,Б-1,В-4,Г-2
		Документ		Основное содержание		
		А	Федеральный закон № 152-ФЗ "О персональных данных"	1	Устанавливает порядок создания и развития ЕГИСЗ	

		<table><tr><td>Б</td><td>Приказ Минздрава России № 911н</td><td>2</td><td>Определяет порядок получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в электронной форме</td></tr><tr><td>В</td><td>Доктрина информационной безопасности РФ</td><td>3</td><td>Регулирует обработку, хранение и защиту персональных данных, включая данные о состоянии здоровья</td></tr><tr><td>Г</td><td>Федеральный закон № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья"</td><td>4</td><td>Определяет стратегические национальные интересы в информационной сфере</td></tr></table>	Б	Приказ Минздрава России № 911н	2	Определяет порядок получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в электронной форме	В	Доктрина информационной безопасности РФ	3	Регулирует обработку, хранение и защиту персональных данных, включая данные о состоянии здоровья	Г	Федеральный закон № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья"	4	Определяет стратегические национальные интересы в информационной сфере													
Б	Приказ Минздрава России № 911н	2	Определяет порядок получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в электронной форме																								
В	Доктрина информационной безопасности РФ	3	Регулирует обработку, хранение и защиту персональных данных, включая данные о состоянии здоровья																								
Г	Федеральный закон № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья"	4	Определяет стратегические национальные интересы в информационной сфере																								
		<table><tr><td colspan="4">5. Установите соответствие между техническим средством/стандартом и его применением в практике анестезиолога-реаниматолога.</td></tr><tr><td colspan="2">Средство / Стандарт</td><td colspan="2">Применение</td></tr><tr><td>А</td><td>HL7 (Health Level Seven) стандарт обмена, управления и интеграции электронной медицинской информации 7 уровень</td><td>1</td><td>Автоматический экспорт данных с прикроватного монитора (ЧСС, АД, SpO2) в электронную карту пациента</td></tr><tr><td>Б</td><td>PACS (Picture Archiving and Communication System) система архивирования и передачи медицинских изображений, комплекс аппаратных и программных средств</td><td>2</td><td>Стандарт обмена сообщениями между лабораторной информационной системой и МИС стационара</td></tr><tr><td>В</td><td>Средства криптографии (шифрования)</td><td>3</td><td>Просмотр и описание снимков КТ или МРТ пациента с политравмой в отделении реанимации</td></tr><tr><td>Г</td><td>VPN (Virtual Private Network) безопасное соединение, оно же виртуальная частная сеть</td><td>4</td><td>Защищенный канал связи для проведения телемедицинской консультации с федеральным центром</td></tr></table>	5. Установите соответствие между техническим средством/стандартом и его применением в практике анестезиолога-реаниматолога.				Средство / Стандарт		Применение		А	HL7 (Health Level Seven) стандарт обмена, управления и интеграции электронной медицинской информации 7 уровень	1	Автоматический экспорт данных с прикроватного монитора (ЧСС, АД, SpO2) в электронную карту пациента	Б	PACS (Picture Archiving and Communication System) система архивирования и передачи медицинских изображений, комплекс аппаратных и программных средств	2	Стандарт обмена сообщениями между лабораторной информационной системой и МИС стационара	В	Средства криптографии (шифрования)	3	Просмотр и описание снимков КТ или МРТ пациента с политравмой в отделении реанимации	Г	VPN (Virtual Private Network) безопасное соединение, оно же виртуальная частная сеть	4	Защищенный канал связи для проведения телемедицинской консультации с федеральным центром	A-2,Б-3,В-1,Г-4
5. Установите соответствие между техническим средством/стандартом и его применением в практике анестезиолога-реаниматолога.																											
Средство / Стандарт		Применение																									
А	HL7 (Health Level Seven) стандарт обмена, управления и интеграции электронной медицинской информации 7 уровень	1	Автоматический экспорт данных с прикроватного монитора (ЧСС, АД, SpO2) в электронную карту пациента																								
Б	PACS (Picture Archiving and Communication System) система архивирования и передачи медицинских изображений, комплекс аппаратных и программных средств	2	Стандарт обмена сообщениями между лабораторной информационной системой и МИС стационара																								
В	Средства криптографии (шифрования)	3	Просмотр и описание снимков КТ или МРТ пациента с политравмой в отделении реанимации																								
Г	VPN (Virtual Private Network) безопасное соединение, оно же виртуальная частная сеть	4	Защищенный канал связи для проведения телемедицинской консультации с федеральным центром																								
12.	ОПК-1	Прочитайте текст и установите последовательность.																									
		1. Расположите в правильной хронологической		В- Б- Г- А																							

		последовательности этапы обработки персональных данных пациента при плановом хирургическом вмешательстве. А. Передача электронного документа "Протокол анестезии" в архив МИС. Б. Идентификация пациента медсестрой при поступлении в отделение реанимации с помощью сканера штрих-кода браслета. В. Подписание информированного согласия на обработку персональных данных. Г. Внесение данных мониторинга витальных функций во время операции в наркозную карту.	
		2. Установите последовательность действий врача при обнаружении признаков компьютерной атаки на рабочую станцию (например, программы-шифровальщика). А. Отключение сетевого кабеля от компьютера. Б. Уведомление заведующего отделением и ответственного за информационную безопасность. В. Фиксация времени и характера инцидента в журнале учета.	А-Б-В
		3. Расположите этапы подключения нового наркозно-дыхательного аппарата к информационной сети больницы. А. Интеграционное тестирование: проверка корректности передачи данных из аппарата в МИС. Б. Физическое подключение аппарата к розетке локальной вычислительной сети. В. Получение уникального сетевого адреса (настройка IP-адресации). Г. Установка и настройка драйверов и программного обеспечения для сопряжения с МИС на компьютер-роутер.	Б, В, Г, А
		4. Установите правильную последовательность процедур при утилизации жесткого диска вышедшего из строя компьютерного томографа, содержащего данные пациентов. А. Демонтаж жесткого диска из аппарата. Б. Составление акта об уничтожении носителя, содержащего персональные данные. В. Проведение процедуры гарантированного уничтожения данных (физическое разрушение или магнитная зачистка). Г. Передача диска лицензированной организации, имеющей право на работу с конфиденциальной информацией.	А- В- Г- Б
		5. Расположите этапы проведения телемедицинской консультации "врач-врач" для пациента реанимационного профиля. А. Идентификация участников консультации с помощью усиленной квалифицированной электронной подписи. Б. Формирование запроса на консультацию в ЕГИСЗ с приложением обезличенных данных пациента (или с его согласия). В. Непосредственное проведение видеоконференцсвязи и обсуждение тактики ведения. Г. Внесение заключения консультанта в электронную медицинскую карту.	Б- А- В- Г
13	ОПК-1	Прочитайте задачу и дайте развёрнутый ответ	
		1. В отделение реанимации поступил пациент в бессознательном состоянии после ДТП, документов при	В экстренной ситуации, когда

		нем нет. Проводится экстренная операция. Медицинская сестра вносит данные в историю болезни, но не может заполнить поле "Паспортные данные" и "Страховой полис". Система не позволяет сохранить запись, блокируя дальнейшую работу. Вопрос: Как следует поступить дежурной бригаде согласно правилам работы с МИС и законодательству? Опишите алгоритм действий с учетом прав пациента и требований информационной безопасности.	состояние пациента угрожает его жизни и получить согласие невозможно, медицинское вмешательство допускается без согласия. Для решения проблемы с МИС необходимо: Использовать функционал системы "экстренный ввод" или шаблон "Неизвестный пациент", если он предусмотрен. Внести доступные идентифицирующие данные (пол, примерный возраст, дата и время поступления, номер истории болезни, присвоенный приемным покоем). После стабилизации состояния и по возможности идентификации личности (со слов родственников, найденных документов) внести недостающие данные, но не путем удаления старой записи, а путем редактирования карты с созданием новой версии записи (аудита). Все действия фиксируются в системе под учетной записью дежурного врача, что обеспечивает прослеживаемость.
		2. Заведующий отделением реанимации попросил ординатора скинуть на флешку обезличенную базу данных пациентов с сепсисом за последние 3 года для написания научной статьи в международный журнал. Вопрос: Какие нормы информационной безопасности и законодательства о персональных данных должен соблюсти ординатор? Правомерно ли использование обычной флешки? Каков правильный порядок действий?	Использование обычной флешки для выноса данных категорически запрещено, так как это ведет к утечке персональных данных. Перед выносом данных за периметр медицинской организации они

			должны быть деперсонализированы (обезличены) — удалены все прямые идентификаторы (ФИО, адрес, точная дата рождения, номер полиса), чтобы идентифицировать личность было невозможно без использования дополнительной информации. Для передачи данных должен использоваться защищенный корпоративный канал, либо зашифрованный носитель, предоставленный отделом информационных технологий. Необходимо получить разрешение на вынос данных от локального этического комитета и/или руководства, так как данные являются собственностью клиники.
		3. В отделении реанимации внедрена система электронного документооборота. Старшая медсестра жалуется, что тратит 2 часа в конце смены на то, чтобы распечатать и подписать собственноручной подписью все протоколы, которые были подписаны ее электронной подписью в течение дня, так как "завхоз требует бумагу для отчета". Вопрос: Обоснованы ли требования завхоза с точки зрения федеральных норм об электронном медицинском документе? Ответ аргументируйте. Как следует организовать работу?	Требования не обоснованы. Согласно законодательству (ст. 78 ФЗ-323), электронный медицинский документ, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью (КЭП), равнозначен бумажному с собственноручной подписью. Создание бумажной копии является избыточным и нарушает принцип однократного ввода информации. Правильная организация работы: хранение документов в МИС, а для предоставления

			отчетности — формирование электронных выборок или печать сводных реестров, а не дублирование каждого документа.
		4. При утреннем обходе вы заметили, что на мониторе пациента с COVID-19 дежурная медсестра, чтобы не входить лишний раз в "красную" зону, открыла свой личный аккаунт в мессенджере и переписывается с родственниками пациента, скидывая им фотографии параметров с экрана монитора и видео из палаты. Вопрос: Какие нарушения информационной безопасности и врачебной этики были допущены? Каковы возможные последствия для медсестры и учреждения?	Допущены следующие нарушения: Нарушение конфиденциальности (врачебной тайны) — передача данных о состоянии пациента третьим лицам без его письменного согласия . Использование несертифицированных каналов связи (мессенджеров) для передачи защищаемой информации. Съемка в лечебном отделении, нарушение лечебно-охранительного режима. Последствия: дисциплинарное взыскание для медсестры, штраф для учреждения за разглашение персональных данных (до 100 000 рублей), утрата доверия пациентов.
		5. Во время ночного дежурства произошел сбой электропитания. После включения компьютера оказалось, что файл с курсом инфузионной терапии, который вы вносили последние 3 часа, поврежден и не открывается. Вопрос: Какие технологии должны быть реализованы в МИС, чтобы предотвратить потерю данных в такой ситуации? Каковы ваши действия по восстановлению информации?	Для предотвращения потери данных должны быть реализованы: Технология резервного копирования (бэкап) в реальном времени или по короткому интервалу (снимки). Использование источников бесперебойного питания (ИБП) для серверов и критически важных рабочих станций. Журналирование транзакций (возможность отката к предыдущему состоянию) . Действия врача:

			сообщить в техническую поддержку; восстановить данные из резервной копии за предыдущий временной промежуток (придется ввести данные за последние часы заново); при отсутствии автоматического бэкапа — восстановление невозможно, составить акт и заполнить бумажный протокол, сославшись на технический сбой.
14	ОПК-1	Продолжите предложение дайте краткий ответ или вставьте пропущенные слова:	
		1. Как называется стандарт обмена медицинскими данными, который обеспечивает взаимодействие между лабораторными системами и МИС стационара и позволяет передавать результаты анализов в наркозную карту?	HL7
		2. Впишите название системы, которая используется для хранения и передачи медицинских изображений (рентгенограмм, КТ, МРТ) и позволяет реаниматологу просматривать снимки прямо у постели больного.	PACS (Picture Archiving and Communication System)
		3. Как называются действия по присвоению субъекту доступа уникального идентификатора (например, логина) в информационной системе?	Идентификация
		4. Укажите термин, обозначающий результат статистической обработки показателей летальности, частоты осложнений и других параметров работы ОРИТ, который автоматически формируется МИС для подачи в контролирующие органы.	Отчетность /Статистическая отчетность/ (Медико-статистический показатель)
		5. Какой вид ответственности (административная, дисциплинарная, уголовная) грозит врачу за использование нелегального программного обеспечения на рабочем компьютере, если это повлекло существенный ущерб правообладателю? (Укажите общую категорию).	Административная (или уголовная при крупном ущербе)
15	ОПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	
		1. Что относится к конфиденциальной информации в работе врача-анестезиолога-реаниматолога? А) Режим работы отделения Б) ФИО и диагноз пациента В) График дежурств медсестер Г) Инструкция по эксплуатации наркозного аппарата	Б
		2. Какой вид электронной подписи обязательно требуется для подписания электронного больничного листа? А) Простая электронная подпись Б) Усиленная неквалифицированная электронная подпись В) Усиленная квалифицированная электронная подпись Г) Факсимиле	В
		3. Какое устройство обеспечивает бесперебойную подачу	В

	электроэнергии на прикроватный монитор при отключении сети? А) Сетевой фильтр Б) Стабилизатор напряжения В) Источник бесперебойного питания (ИБП) Г) Трансформатор	
	4. Что такое "инцидент информационной безопасности"? А) Запланированное обновление антивирусных баз Б) Любое событие, которое может привести к нарушению конфиденциальности, целостности или доступности информации В) Приход нового сотрудника в отдел ИТ Г) Проведение плановой инвентаризации оборудования	Б
	5. В каком случае допускается передача данных пациента третьим лицам без его согласия? А) По запросу адвоката пациента Б) По запросу суда в связи с уголовным делом В) По просьбе родственников Г) Для публикации в научном журнале при полном обезличивании данных	Б
	6. Кто несет персональную ответственность за сохранность пароля от учетной записи в МИС? А) Системный администратор Б) Начальник отдела кадров В) Врач, получивший учетную запись Г) Заведующий отделением	В
	7. Что такое "фишинг" в контексте информационной безопасности? А) Рассылка спама с рекламой лекарств Б) Вид компьютерных атак с целью выманивания у пользователя его логина и пароля В) Программа для шифрования данных Г) Способ резервного копирования	Б
	8. Как часто рекомендуется менять пароль для доступа к рабочим станциям в медицинском учреждении? А) Никогда, если пароль сложный Б) Каждые 1-3 месяца В) Каждый день Г) Раз в год	Б
	9. Как называется технология, позволяющая создать защищенное соединение ("туннель") через общедоступную сеть Интернет для телемедицинской консультации? А) HTTP Б) HTML В) VPN Г) FTP	В
	10. Действие с информацией (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, передача), выполняемое оператором, — это... А) Защита информации Б) Обработка персональных данных В) Архивация данных Г) Форматирование данных	Б
	11. Какая информация должна быть удалена (обезличена) перед передачей базы данных пациентов для стороннего научного исследования?	В

	А) Показатели гемоглобина Б) Дата операции В) Фамилия, имя, отчество Г) Вид анестезии Ответ: В	
	12. Какой из перечисленных факторов является биометрическим? А) Пароль Б) Смарт-карта В) Отпечаток пальца Г) PIN-код	В
	13. Что из перечисленного относится к организационным мерам защиты информации? А) Установка файрвола Б) Шифрование базы данных В) Подписание с сотрудником соглашения о неразглашении Г) Антивирусный контроль	В
	14. К какому виду ответственности может быть привлечен врач за незаконное разглашение сведений, составляющих врачебную тайну? А) Только дисциплинарной Б) Только административной В) Только уголовной Г) В зависимости от тяжести последствий — дисциплинарной, административной или уголовной	Г
	15. Какой документ стратегического планирования определяет основные угрозы и национальные интересы РФ в информационной сфере? А) Конституция РФ Б) Доктрина информационной безопасности РФ В) Трудовой кодекс РФ Г) Стратегия развития здравоохранения	Б
	16. Что означает аббревиатура ЕГИСЗ? А) Единый государственный интернет-сервис здоровья Б) Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения В) Ежегодный государственный институт санитарии и здоровья Г) Единая городская информационная система записи	Б
	17. Как правильно поступить с черновиком выписного эпикриза, содержащим данные пациента, который был распечатан, но оказался с опечаткой? А) Выбросить в мусорное ведро Б) Порвать и выбросить в мусорное ведро В) Порвать и выбросить в разные урны Г) Уничтожить с помощью shreddera (уничтожителя бумаг)	Г
	18. Главная цель внедрения информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в здравоохранении: А) Сокращение медицинского персонала Б) Повышение качества и доступности медицинской помощи В) Увеличение бумажного документооборота Г) Полный контроль за действиями врача	Б
	19. Как часто проводится плановое резервное копирование баз данных пациентов в современном стационаре? А) Раз в месяц	В

	Б) Только при выходе новой версии ПО В) Ежедневно Г) Раз в год	
	20. Что такое электронная история болезни (ЭМК)? А) Текстовый файл в Word Б) Распечатанный документ, отсканированный и прикрепленный к пациенту В) Совокупность структурированных электронных данных о пациенте в МИС Г) База данных штрих-кодов	В
	21. Какой ущерб наносится информации при заражении компьютера вирусом-шифровальщиком в ОРИТ? А) Нарушение конфиденциальности Б) Нарушение целостности и доступности В) Только нарушение конфиденциальности Г) Моральный ущерб	Б
	22. Что должен сделать врач при получении письма по электронной почте от неизвестного отправителя с вложенным файлом "Анализы_пациента Иванова.exe"? А) Открыть файл, возможно, это срочные анализы Б) Переслать письмо коллеге для уточнения В) Ни в коем случае не открывать вложение, удалить письмо Г) Сохранить файл на рабочий стол и проверить антивирусом	В
	23. Как называется комплекс мер, направленных на подтверждение подлинности субъекта доступа (например, проверка пароля)? А) Идентификация Б) Аутентификация В) Авторизация Г) Шифрование	Б
	24. Что подразумевает принцип "нулевого доверия" (Zero Trust) в информационной безопасности? А) Полное отсутствие паролей Б) Требование постоянной проверки каждого запроса на доступ к ресурсам, независимо от источника В) Запрет на использование интернета в больнице Г) Доверие только к системным администраторам	Б
	25. К какому виду тайны относится информация о факте обращения гражданина за психиатрической помощью? А) К государственной тайне Б) К коммерческой тайне В) К врачебной тайне Г) К служебной тайне	В
	26. Для чего используется хеширование данных в медицинских системах? А) Для сжатия файлов Б) Для обеспечения целостности и контроля неизменности данных В) Для быстрого поиска в базе данных Г) Для визуализации изображений	Б
	27. Должен ли врач проверять подлинность сертификата ЭЦП при получении телемедицинского заключения? А) Нет, это делает система автоматически Б) Да, нужно сверить визуально ФИО в сертификате В) Нет, достаточно устного подтверждения	А

		Г) Да, для этого нужно звонить в удостоверяющий центр каждый раз																					
		28. Что такое социальная инженерия? А) Метод психологического воздействия на человека с целью получения конфиденциальной информации Б) Раздел социологии В) Программное обеспечение для управления коллективом Г) Способ шифрования данных	А																				
		29. Какая информация не относится к персональным данным пациента? А) Номер полиса ОМС Б) Адрес регистрации В) Рост и вес Г) Количество коек в отделении	Г																				
		30. В каком разделе медицинской информационной системы должен работать врач для назначения лекарственных препаратов пациенту реанимации? А) Бухгалтерия Б) Лист назначений В) Склад аптеки Г) График работы персонала	Б																				
	ОПК-3	Прочитайте текст и установите соответствие.																					
16		1. Установите соответствие между методом обучения в анестезиологии-реаниматологии и его характеристикой. Инструкция: Для каждой позиции из левого столбца выберите соответствующую позицию из правого столбца	А-2, Б-1, В-4, Г-3																				
		<table><tr><th colspan="2">Метод обучения</th><th colspan="2">Характеристика</th></tr><tr><td>А</td><td>Симуляционное обучение</td><td>1</td><td>Обучение в процессе выполнения реальных клинических задач под руководством опытного коллеги</td></tr><tr><td>Б</td><td>Наставничество (менторство)</td><td>2</td><td>Использование высокотехнологичных тренажеров и манекенов для отработки навыков</td></tr><tr><td>В</td><td>Лекция-визуализация</td><td>3</td><td>Дискуссия, анализ клинических случаев, обмен опытом в малых группах</td></tr><tr><td>Г</td><td>Интерактивный семинар</td><td>4</td><td>Устное систематическое изложение материала с мультимедийным сопровождением</td></tr></table>		Метод обучения		Характеристика		А	Симуляционное обучение	1	Обучение в процессе выполнения реальных клинических задач под руководством опытного коллеги	Б	Наставничество (менторство)	2	Использование высокотехнологичных тренажеров и манекенов для отработки навыков	В	Лекция-визуализация	3	Дискуссия, анализ клинических случаев, обмен опытом в малых группах	Г	Интерактивный семинар	4	Устное систематическое изложение материала с мультимедийным сопровождением
		Метод обучения		Характеристика																			
		А		Симуляционное обучение	1	Обучение в процессе выполнения реальных клинических задач под руководством опытного коллеги																	
		Б		Наставничество (менторство)	2	Использование высокотехнологичных тренажеров и манекенов для отработки навыков																	
	В	Лекция-визуализация	3	Дискуссия, анализ клинических случаев, обмен опытом в малых группах																			
	Г	Интерактивный семинар	4	Устное систематическое изложение материала с мультимедийным сопровождением																			
	2. Установите соответствие между формой организации обучения и ее применением в подготовке врачей-анестезиологов-реаниматологов. Инструкция: Для каждой позиции из левого столбца выберите соответствующую позицию из правого столбца.		А-3, Б-1, В-2, Г-4																				
	<table><tr><th colspan="2">Форма обучения</th><th colspan="2">Применение</th></tr><tr><td>А</td><td>Ординатура</td><td>1</td><td>Краткосрочное обучение для освоения новой методики (например, УЗИ в</td></tr></table>	Форма обучения		Применение		А	Ординатура	1	Краткосрочное обучение для освоения новой методики (например, УЗИ в														
	Форма обучения			Применение																			
А	Ординатура	1		Краткосрочное обучение для освоения новой методики (например, УЗИ в																			

				реанимации)	
	Б	Цикл повышения квалификации	2	Экзаменационная процедура для допуска к профессиональной деятельности	
	В	Первичная аккредитация	3	Освоение образовательной программы высшего образования (подготовка кадров высшей квалификации)	
	Г	Непрерывное медицинское образование (НМО)	4	Постоянное совершенствование знаний и навыков с использованием порталов, конференций, вебинаров	
3. Установите соответствие между методом оценки практических навыков (assessment) и его содержанием. Инструкция: Для каждой позиции из левого столбца выберите соответствующую позицию из правого столбца					
Метод оценки			Содержание		
	А	DOPS (Direct Observation of Procedural Skills)	1	Оценка профессионального поведения в смоделированной рабочей обстановке	А-2, Б-1, В-4, Г-3
	Б	OSCE (Objective Structured Clinical Examination)	2	Непосредственное наблюдение за выполнением процедуры с оценкой по чек-листу	
	В	Портфолио	3	Оценка компетенций на рабочем месте в реальных условиях	
	Г	Мини-экзамен по клиническим навыкам (mini-CEX)	4	Собрание документов, подтверждающих образовательные достижения и опыт	
4. Установите соответствие между компетенцией преподавателя и ее проявлением в педагогической деятельности. Инструкция: Для каждой позиции из левого столбца выберите соответствующую позицию из правого столбца..					
Вид компетенции			Проявление		
	А	Психолого-педагогическая компетенция	1	Владение современными методами диагностики и лечения в анестезиологии-реаниматологии	А-2, Б-4, В-3, Г-1
	Б	Предметно-методическая компетенция	2	Умение создавать благоприятный психологический климат, разрешать	

					конфликты	
		В	Коммуникативная компетенция	3	Способность понятно объяснять сложный материал, использовать активные методы обучения	
		Г	Профессионально-клиническая компетенция	4	Владение методикой преподавания, знание педагогических технологий	
		5. Установите соответствие между дидактическим принципом и его реализацией в обучении анестезиологии-реаниматологии. Инструкция: Для каждой позиции из левого столбца выберите соответствующую позицию из правого столбца.				
		Дидактический принцип		Реализация		
		А	Наглядность	1	Постепенное усложнение задач: от базовых навыков на тренажерах до реальных клинических случаев	А-2, Б-4, В-3, Г-1
		Б	Сознательность и активность	2	Демонстрация видеозаписей интубации, работа с 3D-моделями, симуляторы	
		В	Доступность	3	Адаптация материала под уровень подготовки обучающихся, использование "перевернутого класса"	
		Г	Систематичность и последовательность	4	Вовлечение обучающихся в дискуссию, анализ собственных ошибок, участие в научных исследованиях	
17	ОПК-3	Задания закрытого типа на установление последовательности				
		1. Установите правильную последовательность этапов проведения симуляционного тренинга по отработке навыков сердечно-легочной реанимации. А. Debriefing (разбор действий) с видеоанализом ошибок. Б. Отработка практических навыков на манекене в смоделированном сценарии. В. Теоретический инструктаж (брифинг) о целях и алгоритмах тренинга. Г. Демонстрация правильной техники преподавателем.				В, Г, Б, А
		2. Расположите в хронологической последовательности этапы профессионального развития врача-анестезиолога-реаниматолога в системе высшего и дополнительного образования. А. Первичная аккредитация (получение права работать в первичном звене/на скорой помощи).				Г, Б, А, В

		Б. Ординатура по специальности "Анестезиология-реаниматология". В. Обучение на циклах повышения квалификации (не реже 1 раза в 5 лет). Г. Высшее образование – специалитет по специальности "Лечебное дело" или "Педиатрия".	
		3. Установите последовательность действий преподавателя при разработке рабочей программы дисциплины (модуля). А. Разработка фонда оценочных средств для проверки результатов обучения. Б. Определение целей и планируемых результатов освоения дисциплины (компетенций). В. Составление календарно-тематического плана и отбор содержания. Г. Анализ федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) и примерной программы.	Г, Б, В, А
		4. Расположите этапы проведения клинического разбора (конференции) в отделении реанимации с участием ординаторов. А. Дискуссия с участием всех присутствующих, ответы на вопросы. Б. Выступление ординатора с докладом по истории болезни пациента. В. Совместный анализ ошибок и формулировка выводов, рекомендации литературы. Г. Заключительное слово заведующего отделением или профессора с клиническим комментарием.	Б, А, Г, В
		5. Установите последовательность действий преподавателя при использовании метода "перевернутый класс" (flipped classroom) в обучении анестезиологии. А. Совместный разбор сложных моментов, ответы на вопросы, решение клинических задач. Б. Изучение обучающимися нового материала дома (видеолекции, учебные пособия). В. Проверка усвоения базовых знаний (краткий тест или опрос) в начале очного занятия. Г. Практическая отработка навыков или анализ клинических случаев в аудитории.	Б, В, А, Г
18	ОПК-3	Задания открытого типа с развернутым ответом (задача)	
		1. Вы – доцент кафедры анестезиологии-реаниматологии. Вам поручено провести цикл повышения квалификации для врачей со стажем по теме "Современные методы респираторной поддержки при ОРДС". В группе 15 человек. Занятия проходят 5 дней. Часть слушателей скептически настроена к новым методикам, предпочитая "старые проверенные способы". Другие, наоборот, молодые специалисты, активно интересуются новым. Вопрос: Спроектируйте структуру первого дня занятий. Какие методы обучения (лекция, семинар, симуляционный тренинг, дискуссия) вы используете и в какой последовательности? Как вы будете мотивировать скептически настроенных слушателей к освоению нового материала?	Структура первого дня: Вводная часть (30 мин): Лекция-визуализация о современных концепциях протективной вентиляции легких при ОРДС, эволюции подходов. Цель: показать научную обоснованность новых методов.

			Интерактивный семинар (1 час): Разбор клинического случая пациента с ОРДС. Предложить слушателям разделиться на малые группы ("скептики" и "новаторы") и предложить свои протоколы вентиляции. Цель: выявить разногласия и создать проблемную ситуацию. Дискуссия-дебаты (40 мин): Каждая группа защищает свой подход. Преподаватель выступает модератором, подводя к выводам о преимуществах современных методов (доказательная база). Симуляционный тренинг (2 часа): Отработка настроек аппарата ИВЛ в режиме "протективная вентиляция" на симуляторе легких. Отработка алгоритма рекрутмент-маневра. Цель: показать практическую реализуемость новых методов. Мотивация скептически настроенных слушателей: Апелляция к авторитетам и доказательной медицине: Предоставить данные крупных исследований (например, ARDSNet), показывающих снижение летальности при использовании современных протоколов .
--	--	--	--

			Создание ситуации успеха: Предложить им выступить в роли экспертов, опираясь на их богатый клинический опыт, но мягко направляя к современным выводам. Практическая значимость: Сделать акцент на том, как новые методы облегчают работу врача (например, автоматизированные режимы вентиляции снижают риск баротравмы). Уважение к опыту: Признать ценность их знаний, но показать, что медицина развивается, и использование новых данных – это не отрицание старого, а его эволюция.
		2. При оценке практического навыка "катетеризация подключичной вены" у ординатора по методу DOPS вы отметили, что ординатор технически правильно выполнил пункцию, но пренебрег ультразвуковой навигацией (хотя УЗИ-аппарат был доступен), не обработал руки перед надеванием стерильных перчаток и не провел контрольное УЗИ для исключения пневмоторакса после процедуры. Вопрос: Какова методика проведения оценки DOPS? Как правильно провести обратную связь (debriefing) с ординатором, чтобы не демотивировать его, но указать на ошибки? Составьте план вашей беседы.	Методика DOPS : Наблюдение экспертом за выполнением процедуры в реальных или симулированных условиях. Оценка по стандартизированному чек-листу (понимание показаний, подготовка, техническое выполнение, асептика, ведение пациента после процедуры). Структурированная обратная связь. Совместное составление плана улучшений. План обратной связи (дебрифинг): Начать с позитивного:

			"Иван Иванович, вы отлично справились с технической частью пункции – движение руки было уверенным, вы хорошо ориентируетесь в анатомии. Видно, что вы много тренировались". Перейти к обсуждению ошибок (по принципу "сэндвича"): "Давайте теперь разберем моменты, которые требуют доработки, чтобы сделать процедуру максимально безопасной для пациента". "Расскажите, пожалуйста, каков современный стандарт обработки рук перед центральной катетеризацией?" (подвести к осознанию ошибки самим ординатором). "Как вы думаете, зачем мы используем УЗИ, даже если уверены в анатомии?" (обсудить снижение риска осложнений, пункцию "слепым" методом). "Что может произойти после пункции подключичной вены и как это проверить?" (обсудить необходимость контрольного УЗИ или рентгена). Совместный вывод и план: "Я вижу у вас отличный потенциал. Ваша главная задача сейчас – научиться работать не просто технично, а безопасно, с соблюдением всех
--	--	--	--

			протоколов. К следующему разу, пожалуйста, отработайте алгоритм действий с обязательным использованием УЗИ и контрольной диагностикой". Завершить на позитивной ноте: "Я уверен, что с вашей моторикой вы быстро освоите этот алгоритм и станете блестящим специалистом".
		3. Кафедра анестезиологии-реаниматологии получила задание разработать новый симуляционный курс для врачей скорой помощи по отработке навыков обеспечения проходимости дыхательных путей в экстренных ситуациях. Бюджет ограничен, поэтому приобретение дорогостоящего высокореалистичного симулятора невозможно. Вопрос: Предложите концепцию симуляционного курса с использованием доступных средств (тренажеры для интубации, подручные материалы). Опишите сценарии для отработки двух критических ситуаций. Какие навыки (hard skills) и командные компетенции (CRM-компетенции) вы будете оценивать?	Концепция курса: Модульный тренинг с использованием имеющихся тренажеров (голова- торс для интубации) и моделированием среды. Акцент на алгоритмы действий в условиях ограниченного времени и нехватки ресурсов. Сценарии: "Не могу интубировать, не могу вентилировать": Условия: манекен, имитация отека дыхательных путей. Задачи: Попытка интубации (неудачно), попытка вентилиации маской (неэффективно), принятие решения о переходе к коникотомии, выполнение коникотомии на тренажере (имитация скальпелем и трубкой). Оцениваемые hard skills: техника интубации, вентилиации,

			коникотомии. Оцениваемые CRM-компетенции: лидерство (кто принимает решение), распределение ролей, коммуникация (четкие команды), использование всех доступных ресурсов. "Инородное тело у пациента с травмой": Условия: манекен с имитацией инородного тела, наличие аспиратора, ларингоскопа, щипцов. Задачи: быстрая диагностика обструкции, попытка удаления инородного тела под контролем ларингоскопа, санация трахеи. Оцениваемые hard skills: ларингоскопия, использование щипцов Магилла, аспирация. Оцениваемые CRM-компетенции: ситуационная осведомленность, принятие решений, управление задачами в стрессовой ситуации. Оценка: По чек-листам с указанием критических ошибок. Обязательный видеодэбрифинг для анализа коммуникации.
		4. Вы курируете научно-исследовательскую работу ординатора. Ординатор выбрал тему "Влияние различных режимов инфузионной терапии на частоту развития острого повреждения почек у пациентов с сепсисом". Он собрал данные из 50 историй болезни, но затрудняется с их статистической обработкой и интерпретацией результатов. Вопрос: Какова роль научного руководителя на разных этапах подготовки исследовательской работы? Как вы построите педагогическое взаимодействие, чтобы научить ординатора основам исследовательской деятельности и анализа данных? Предложите план совместной работы на ближайший месяц.	Роль научного руководителя: На этапе выбора темы и дизайна: Помощь в формулировке гипотезы, определение критериев включения/исключения. На этапе сбора данных: Контроль полноты и

			достоверности, обучение работе с медицинской документацией. На этапе анализа: Обучение основам медицинской статистики, помощь в выборе критериев, интерпретация результатов. На этапе оформления: Помощь в структурировании статьи, написание выводов, подготовка доклада. План взаимодействия на месяц: Неделя 1: Совместный разбор собранных данных. Преподаватель объясняет, какие группы сравнения можно сформировать, и демонстрирует на одном примере, как заносить данные в статистическую программу (например, Excel или SPSS). Ординатор получает задание структурировать всю базу данных. Неделя 2: Занятие по основам статистики для клиницистов: какие критерии использовать для сравнения средних (Стьюдента, Манна-Уитни) и частот (хи-квадрат). Совместный расчет первичных описательных статистик. Неделя 3: Практическая работа ординатора под контролем: расчет
--	--	--	---

			критериев для проверки гипотезы. Преподаватель проверяет правильность выбора метода и проведенные расчеты. Неделя 4: Интерпретация полученных цифр. Обсуждение: "Что означают эти результаты? Какой клинический вывод мы можем сделать?" Помощь в формулировке чернового варианта выводов.
		5. На кафедре внедряется новая форма отчетности для ординаторов – электронное портфолио, в котором необходимо фиксировать все освоенные практические навыки, участие в конференциях, научные публикации. Часть ординаторов восприняла это как "лишнюю бюрократическую нагрузку" и заполняет портфолио формально, не придавая ему значения. Вопрос: Какова цель ведения портфолио в системе медицинского образования? Какие педагогические и мотивационные приемы вы используете, чтобы объяснить ординаторам важность портфолио и добиться его качественного ведения?	Цель портфолио : Накопление и систематизация индивидуальных образовательных достижений. Объективная оценка сформированности компетенций (особенно тех, которые сложно оценить на экзамене). Основа для составления индивидуального плана развития. Подготовка документов для будущей аккредитации и трудоустройства (доказательство опыта). Мотивационные приемы: Объяснение практической значимости: Провести семинар, на котором показать пример портфолио выпускника, который успешно трудоустроился в

			престижную клинику. Объяснить, что при выборе на работу работодатель смотрит не только на диплом, но и на реальный опыт, зафиксированный в портфолио. Интеграция с системой оценки: Сделать качество ведения портфолио одним из критериев при промежуточной аттестации (например, добавить баллы за полноту и регулярность заполнения). Обратная связь: Регулярно (1 раз в месяц) проводить индивидуальные беседы с ординаторами, просматривая их портфолио и давая рекомендации: "Я вижу, у вас мало записей по УЗИ. Давайте спланируем, какие навыки вы можете освоить в следующем месяце". Это превращает портфолио из статичного отчета в инструмент планирования. Соревновательный момент: Создать рейтинг группы по качеству ведения портфолио с символическим поощрением победителя. Личный пример: Показать собственное портфолио преподавателя (портфолио для НМО, аттестации) как пример непрерывного
--	--	--	--

			профессионального развития.
19	ОПК-3	Задания открытого типа с кратким ответом	
		1. Каким документом регламентируются требования к педагогическим работникам медицинских вузов в части периодического повышения квалификации по педагогике?	Трудовой кодекс РФ / Профессиональный стандарт педагога профессионального обучения / Локальные акты вуза (обычно требуется ПК по педагогике не реже 1 раза в 3-5 лет)
		2. Как называется этап симуляционного тренинга, следующий сразу после выполнения сценария, на котором происходит совместный анализ действий обучающихся с видеоразбором ошибок?	Дебрифинг (Debriefing)
		3. Какая современная образовательная технология подразумевает самостоятельное изучение нового материала дома, а аудиторное время используется для его закрепления и отработки навыков?	"Перевернутый класс" (Flipped classroom)
		4. Как называется метод оценки практических навыков, основанный на непосредственном наблюдении эксперта за выполнением процедуры в реальных или смоделированных условиях с оценкой по чек-листу?	DOPS (Direct Observation of Procedural Skills)
20	ОПК-3	5. Какой принцип обучения реализуется при постепенном усложнении задач: от отработки базовых навыков на тренажерах к работе с реальными пациентами под контролем?	Принцип систематичности и последовательности / Принцип "от простого к сложному".
		Задания закрытого типа с одним ответом	
		1. Какая форма обучения является основной при подготовке врачей-специалистов в ординатуре? А) Самостоятельная работа Б) Лекции В) Клинические практические занятия (циклы) Г) Заочное обучение	В
		2. Какой метод обучения наиболее эффективен для отработки алгоритмов действий в критических ситуациях? А) Лекция-визуализация Б) Решение тестовых заданий В) Симуляционный тренинг Г) Написание реферата	В
		3. Какова рекомендуемая периодичность повышения квалификации для преподавателей медицинского вуза? А) 1 раз в год Б) Не реже 1 раза в 5 лет В) 1 раз в 10 лет Г) По желанию	Б
		4. Что из перечисленного относится к интерактивным методам обучения? А) Монолог преподавателя Б) Демонстрация презентации В) Дискуссия в малых группах Г) Конспектирование учебника	В
		5. Какой этап является обязательным в структуре симуляционного тренинга?	Б

	А) Письменный отчет Б) Дебрифинг В) Заполнение дневника Г) Сдача нормативов ГТО	
	6. Что такое "компетентностный подход" в образовании? А) Ориентация на передачу теоретических знаний Б) Ориентация на формирование способности применять знания, умения и личные качества в профессиональной деятельности В) Увеличение количества лекционных часов Г) Заучивание учебника наизусть	Б
	7. Какая форма организации образовательного процесса наиболее характерна для непрерывного медицинского образования (НМО)? А) Стационарное обучение с отрывом от работы Б) Использование дистанционных технологий, порталов, вебинаров В) Только очные циклы Г) Самообразование без контроля	Б
	8. Кто является главным действующим лицом (субъектом) в личностно-ориентированном обучении? А) Преподаватель Б) Администрация вуза В) Обучающийся Г) Работодатель	В
	9. Какой метод оценки предполагает непосредственное наблюдение за выполнением процедуры на рабочем месте? А) Тестирование Б) DOPS В) Экзамен по билетам Г) Реферат	Б
	10. Что такое "мотивация" в педагогике? А) Принуждение к учебе Б) Внутренний или внешний побудитель к деятельности В) Оценка знаний Г) Контроль посещаемости	Б
	11. Какой документ определяет содержание и результаты освоения образовательной программы? А) Учебный план Б) Расписание занятий В) Рабочая программа дисциплины Г) Журнал посещаемости	В
	12. Что из перечисленного является задачей воспитательной работы в медицинском вузе? А) Формирование профессиональных компетенций Б) Формирование личности врача, этических норм, ответственности В) Освоение практических навыков Г) Сдача экзаменов	Б
	13. Какой метод обучения относится к пассивным? А) Дискуссия Б) Деловая игра В) Лекция-монолог Г) Решение ситуационных задач	В
	14. Что такое "фонд оценочных средств" (ФОС)? А) Список учебников Б) Комплект методических материалов для оценки	Б

	сформированности компетенций В) Расписание экзаменов Г) Журнал учета успеваемости	
	15. Какой принцип обучения требует учета возрастных и индивидуальных особенностей обучающихся? А) Научности Б) Доступности В) Индивидуализации Г) Наглядности	В
	16. Какая образовательная технология подразумевает обучение в сотрудничестве, когда студенты работают в малых группах над общей задачей? А) Лекция-визуализация Б) Проектное обучение В) Индивидуальный опрос Г) Программированный контроль	Б
	17. Что является целью педагогической практики ординаторов? А) Освоение методики преподавания, подготовка к роли преподавателя-наставника Б) Лечение больных В) Написание научной статьи Г) Сдача экзамена по специальности	А
	18. Какой стиль педагогического общения является наиболее продуктивным? А) Авторитарный Б) Либеральный (попустительский) В) Демократический (диалогический) Г) Индифферентный	В
	19. Что такое "hard skills" в структуре компетенций врача? А) Профессиональные (технические) навыки Б) Надпрофессиональные навыки (коммуникация, работа в команде) В) Личностные качества Г) Знание иностранных языков	А
	20. Что такое "soft skills" (CRM-компетенции) в работе анестезиолога-реаниматолога? А) Умение интубировать трахею Б) Навыки коммуникации, лидерства, принятия решений в команде В) Знание фармакологии Г) Владение УЗИ-диагностикой	Б
	21. Какой метод обучения предполагает создание проблемной ситуации и самостоятельный поиск ее решения обучающимися? А) Объяснительно-иллюстративный Б) Репродуктивный В) Проблемного изложения Г) Исследовательский	Г
	22. Что является основной формой отчетности ординатора по освоению практических навыков? А) Зачетная книжка Б) Дневник ординатора / Портфолио В) Характеристика Г) Резюме	Б
	23. Как часто должны проводиться циклы повышения квалификации для врачей?	В

		А) 1 раз в 2 года Б) 1 раз в 3 года В) 1 раз в 5 лет Г) 1 раз в 10 лет													
		24. Кто утверждает календарный учебный график и учебный план в вузе? А) Заведующий кафедрой Б) Декан факультета В) Ученый совет вуза / ректор Г) Министерство здравоохранения	В												
		25. Что из перечисленного относится к воспитательным задачам в работе с ординаторами? А) Обучение методике Spinal-анестезии Б) Формирование ответственного отношения к пациенту и врачебного долга В) Подготовка к сдаче тестов Г) Отработка сердечно-легочной реанимации	Б												
		26. Какой метод наиболее эффективен для обучения командному взаимодействию (CRM)? А) Индивидуальная лекция Б) Мультидисциплинарный симуляционный тренинг В) Написание контрольной работы Г) Просмотр учебного фильма	Б												
		27. Что такое "аккредитация специалиста"? А) Поступление в ординатуру Б) Процедура допуска к профессиональной деятельности В) Присуждение ученой степени Г) Повышение в должности	Б												
		28. Какая форма организации учебного процесса позволяет индивидуализировать обучение максимально? А) Фронтальная лекция Б) Групповое занятие В) Индивидуальная консультация / наставничество Г) Семинар	В												
		29. Какой из этапов не является частью структуры симуляционного занятия? А) Брифинг Б) Симуляция (сценарий) В) Дебрифинг Г) Лекция на 2 часа	Г												
		30. Что понимается под "профессиональным стандартом" педагога? А) Должностная инструкция Б) Характеристика квалификации, необходимой для осуществления педагогической деятельности В) Учебный план Г) Расписание занятий	Б												
21	ОПК-4	Прочитайте текст и установите соответствие.													
		1. Установите соответствие между видом нарушения сознания и баллами по шкале Глазго <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Вид нарушения сознания</th> <th colspan="2">Баллы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td> <td>Ясное сознание</td> <td>1</td> <td>14 баллов</td> </tr> <tr> <td>Б</td> <td>Оглушение</td> <td>2</td> <td>8 баллов</td> </tr> </tbody> </table>	Вид нарушения сознания		Баллы		А	Ясное сознание	1	14 баллов	Б	Оглушение	2	8 баллов	А-4,Б-1,В-3 Г-2
Вид нарушения сознания		Баллы													
А	Ясное сознание	1	14 баллов												
Б	Оглушение	2	8 баллов												

		В	Сопор	3	12 баллов		
		Г	Кома	4	15 баллов		
		2. Установите соответствие между стадией развития «Острого респираторного синдрома взрослых (ОРДС)» и рентгенологической картиной легких					А-3, Б-4, В-1, Г-2
		Стадия ОРДС		R ⁰ картина			
		А	Латентная	1	Симптом «снежной бури»		
		Б	Начальная	2	Симптом «Бабочки»		
		В	Разгара	3	Усиление легочного и сосудистого рисунка		
		Г	Терминальная	4	Симптом «воздушной бронхографии»		
		3. Установите соответствие между видом шока и его характеристикой:					А-2, Б-3, В-4, Г-1
		Вид шока		Характеристика			
		А	Гиповолемический шок	1	характеризуется снижением сердечного выброса вследствие физического препятствия кровотоку		
		Б	Распределительный (дистрибутивный) шок	2	характеризуется снижением внутрисосудистого объема - снижением преднагрузки, что приводит к уменьшению ударного объема и низкому сердечному выбросу		
		В	Кардиогенный шок	3	это состояние относительной гиповолемии, характеризуется патологическим распределением объема крови с недостаточной перфузией тканей и органов		
		Г	Обструктивный шок	4	характеризуется недостаточной перфузией тканей вследствие критического снижения насосной способности сердца,		

				вызванное систолической или диастолической дисфункцией, приводящей к снижению фракции выброса или нарушению наполнения желудочков	
4. Установите соответствие между патогенетическими причинами развития кардиогенного шока и заболеванием, при котором может развиваться данный вид шока:					А-2, Б-3, В-1
Причины		Заболевания			
А	Миокардиальные	1	прогрессирующее острое и хроническое заболевание клапанов и механические осложнения после инфаркта миокарда или вызванные внутрисердечными структурами, препятствующими кровотоку (тромбы или опухоли)		
Б	Ритмологические	2	снижение насосной функции из-за острого коронарного синдрома, кардиомиопатии, миокардита, фармакотоксичности и тупой травмы сердца		
В	Механические	3	тахикардия и брадикардия, сопровождающиеся гемодинамической нестабильностью и синкопальными состояниями		

		5. Установите соответствие между видом гипоксии и причинами ее возникновения <table> <tr> <th colspan="2">Вид гипоксии</th><th colspan="2">Причины возникновения</th></tr> <tr> <td>А</td><td>Гипоксическая гипоксия</td><td>1</td><td>следствие снижения кислородной емкости крови (анемия, блокада гемоглобина при отравлении метгемоглобинообразователями или угарным газом)</td></tr> <tr> <td>Б</td><td>Гемическая гипоксия</td><td>2</td><td>следствие низкой концентрации кислорода во вдыхаемом газе, обструкции дыхательных путей, нарушения биомеханики дыхания, диффузионной блокады через альвеолокапиллярную мембрану и т. д.</td></tr> <tr> <td>В</td><td>Циркуляторная гипоксия</td><td>3</td><td>следствие нарушения восприятия кислорода тканями (блокада дыхательных ферментов при отравлении цианидами или солями тяжелых металлов)</td></tr> <tr> <td>Г</td><td>Гистотоксическая гипоксия</td><td>4</td><td>следствие выраженных гемодинамических нарушений</td></tr> </table>	Вид гипоксии		Причины возникновения		А	Гипоксическая гипоксия	1	следствие снижения кислородной емкости крови (анемия, блокада гемоглобина при отравлении метгемоглобинообразователями или угарным газом)	Б	Гемическая гипоксия	2	следствие низкой концентрации кислорода во вдыхаемом газе, обструкции дыхательных путей, нарушения биомеханики дыхания, диффузионной блокады через альвеолокапиллярную мембрану и т. д.	В	Циркуляторная гипоксия	3	следствие нарушения восприятия кислорода тканями (блокада дыхательных ферментов при отравлении цианидами или солями тяжелых металлов)	Г	Гистотоксическая гипоксия	4	следствие выраженных гемодинамических нарушений	А-2,Б-1,В-4, Г-3
Вид гипоксии		Причины возникновения																					
А	Гипоксическая гипоксия	1	следствие снижения кислородной емкости крови (анемия, блокада гемоглобина при отравлении метгемоглобинообразователями или угарным газом)																				
Б	Гемическая гипоксия	2	следствие низкой концентрации кислорода во вдыхаемом газе, обструкции дыхательных путей, нарушения биомеханики дыхания, диффузионной блокады через альвеолокапиллярную мембрану и т. д.																				
В	Циркуляторная гипоксия	3	следствие нарушения восприятия кислорода тканями (блокада дыхательных ферментов при отравлении цианидами или солями тяжелых металлов)																				
Г	Гистотоксическая гипоксия	4	следствие выраженных гемодинамических нарушений																				
22	ОПК-4	Прочитайте текст и установите последовательность. 1. Установите последовательность действий при диагностике остановки кровообращения: А. Оценка дыхания Б. Оценка пульсации магистральных сосудов В. Оценка сознания Г. ЭКГ 2. Укажите последовательность осмотра пострадавшего/пациента при первичной оценке клинической картины и тяжести состояния взрослого или ребенка с использованием алгоритма ABCDE. А. Полный осмотр пациента. Б. Оценка адекватности дыхания; С. Оценка адекватности кровообращения; Д. Оценка неврологического статуса; Е. Оценка проходимость дыхательных путей.	В, А, Б, Г Е,Б,С,Д,А																				

		3. Расположите этапы диагностики острого нарушения мозгового кровообращения в правильной последовательности: А.Первичный осмотр и оценка витальных функций Б.Компьютерная томография (КТ) головного мозга В.Консультация узких специалистов (невролог, кардиолог) Г.Лабораторные исследования (общий анализ крови, коагулограмма) Д.Допплеровское ультразвуковое исследование сосудов шеи и головного мозга	А→Б→Г→В→Д
		4.Укажите последовательность действий при диагностике тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА): А.Оценить вероятность ТЭЛА Б. Заподозрить (внезапная одышка+факторы риска) В. Выполнить КТ-ангиографию Г. Определить Д-димер Д. Оценить риски (Эхо-КГ, тропонин)	Б,А,Г,В,Д
		5. Укажите последовательность развития синдромов при астматическом статусе: А. Обструктивный Б. Отечный В. Бронхоспастический	В, Б, А
23	ОПК-4	Прочитайте задачу и дайте развёрнутый ответ Задача 1. В приемное отделение городской больницы бригадой СМП доставлен мужчина 57 лет с жалобами на приступ удушья, не купирующийся приемом сальбутамола, нарастающую одышку. Из анамнеза: страдает бронхиальной астмой в течении 15 лет, получает плановую терапию. В течении последних двух дней появились симптомы ОРВИ, лечился симптоматически. С утра появилось свистящее дыхание, нарастала одышка, непродуктивный кашель. Пациент принял свою обычную дозу сальбутамола, в течение 30 минут состояние ухудшилось, пациент принял ещё 2 дозы сальбутамола, после этого вызвал БСМП. Объективный статус: Сознание ясное, возбуждён. Положение - ортопноэ. Кожные покровы - акроцианоз. Экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком, аускультативно - дыхание жесткое, проводится во всех отделах легких, выслушиваются сухие свистящие, «жужжащие» хрипы, ЧД 32 в мин., SpO2 85%. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Тоны сердца глухие, отмечается тахикардия, ЧСС - 120 в мин., АД 140/90 мм.рт.ст., пульс 120 в мин. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий безболезненный. Печень не пальпируется. Задание: 1.Сформулируйте предварительный диагноз?	1. Бронхиальная астма, тяжелое течение, осложнившаяся развитием астматического статуса, ДН – II ст. Бронхоспастический синдром .
		Задача 2. Пациент: Мужчина, 58 лет переведен в отделении интенсивной терапии и реанимации из отделения ортопедии и травматологии. Жалобы при поступлении: Внезапно возникшая одышка	1. Диагноз: Тромбоэмболия легочной артерии. Причиной развития данного

	смешанного характера, усиливающаяся при минимальной нагрузке, боль в правой половине грудной клетки, связанная с дыханием. Сухой кашель. Слабость, головокружение. Анамнез: 3 дня назад перенес оперативное вмешательство по поводу перелома правой бедренной кости. Вчера отметил умеренную болезненность и отёк правой голени, на которую не придал значения. Страдает гипертонической болезнью. Объективный статус: Общее состояние больного тяжелое. Тревожен. Сознание: ясное. Кожные покровы: бледные, акроцианоз. Температура 37,4 °С. Видимая отечность правой голени (+3 см по сравнению с левой), болезненность при пальпации икры. Дыхательная система: ЧДД 26 в минуту. Аускультативно: ослабление дыхания в нижних отделах правого лёгкого, единичные сухие хрипы. SaO₂ = 90%. Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца приглушены, акцент II тона над лёгочной артерией. ЧСС 110 в минуту, пульс ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий безболезненный. Диурез в норме. Результаты проведённого обследования: *ЭКГ: Синусовая тахикардия, признаки перегрузки правых отделов сердца (блокада правой ножки пучка Гиса, тип S_I-Q_{III}-T_{III}, отрицательные зубцы Т в V₁-V₃). *Рентгенография органов грудной клетки: высокое стояние купола диафрагмы справа, обеднение лёгочного рисунка в нижней доле правого лёгкого, возможно, небольшой плевральный выпот справа. *Анализ газов артериальной крови (на фоне дыхания воздухом): PaO₂ = 65 мм рт.ст., SaO₂ = 90%, PaCO₂ = 32 мм рт.ст. *Анализ крови на D-димер: 6500 нг/мл (при референсном значении < 500 нг/мл). *УЗИ вен нижних конечностей: Признаки острого тромбоза глубоких вен правой подколенной и большеберцовой вен. Вопросы к задаче: 1. Поставьте и обоснуйте диагноз 2. С какими основными заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику при данной клинической картине?	состояния явилось недавнее хирургическое вмешательство (иммобилизация), наличие активного тромбоза глубоких вен (ТГВ). Подтверждается данный диагноз клинической картиной и данными клинικο-лабораторных и инструментальных методов исследования: *Скрининговые/неспецифические: ЭКГ, рентгенография, газы крови. *УЗИ вен: подтверждает источник эмболии — ТГВ. *D-димер: резко повышен, что при высокой клинической вероятности делает ТЭЛА крайне вероятной. *Дальнейшая тактика для подтверждения ТЭЛА при стабильном состоянии пациента — КТ-ангиопульмонография (КТ-АП). Основной диагностический критерий: наличие дефекта наполнения контрастного вещества в просвете лёгочной артерии или её ветвей («симптом обрыва сосуда»). 2. При данной клинической картине необходимо провести дифференциальную диагностику с: *Острым инфарктом миокарда. *Пневмонией. *Расслаивающейся аневризмой аорты.
	Задача 3. Больной доставлен в лечебное учреждение в без сознательном состоянии. Из анамнеза известно, что больной 32 лет, жаловался на	1. Исходя из условий задачи, в данной клинической ситуации

		головную боль, бессонницу, в связи с чем в течении последних 3 дней принимал радедорм на ночь, в это же время заметил подъем температуры до 39,5*С. В течение последних суток не просыпался. Жена, считая что больной спит за медицинской помощью не обращалась. При осмотре: больной без сознания, на окружающее не реагирует, в контакт не вступает. Болевая и тактильная чувствительность сохранена (стонет при нанесении болевых раздражителей). Корнеальный, зрачковые рефлексы живые. Зрачки D=S, обычной ширины. Отмечается гипертонус мышц сгибателей конечностей, менее выраженный на нижних конечностях. Очаговых неврологических расстройств нет. Имеется ригидность затылочных мышц. Температура 39,5*С. Пульс 92 в*, ритмичный, АД 120/80 мм.рт.ст. Дыхание самостоятельное, в полном объеме, ЧД 20 в*, везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Задание: 1. Степень тяжести комы? 2. Возможные причины комы?	– 7 баллов (о чем свидетельствует сохранение защитных рефлексов, болевой чувствительности, корнеальных, зрачковых рефлексов, нет нарушения гемодинамики, дыхания). Суммарная оценка по шкале Глазго в баллах: 15 - ясное сознание, 13-14 – оглушение, 9-12 – сопор, 4-8 – кома, 3 – смерть мозга. 2. Возможная причина комы: В данной клинической ситуации, обращает на себя внимание наличие в анамнезе у больного в течении последних 3 дней головной боли, бессонницы, в связи с чем, больной был вынужден принимать на ночь транквилизаторы (радедорм), температура до 39,5*С в течении всех этих дней. Исходя из условий задачи, можно предположить, что причиной развития коматозного состояния явилась тяжелая форма инфекционного заболевания, возможно нейроинфекция.
		Задача 4. Мужчина 45 лет госпитализирован по поводу острой пневмонии с $t^{\circ}=40^{\circ}\text{C}$. Заболел накануне. В прошлом реакции на медикаменты не было. При поступлении начато лечение Амоксициклавом 1000 мг в/м 2 раза в сутки. Через 10 минут после введения Амоксициклава появилась резкая слабость, чувство давления в груди, цианоз лица, профузный пот, потеря сознания. Объективный статус: акроцианоз, похолодание, мраморность конечностей, запавшие глазные яблоки, пульс нитевидный, не сосчитывается, АД не определяется. Тоны сердца глухие. Дыхание поверхностное, ЧД=35 в минуту. Задание: 1. Что произошло? 2. Какие патофизиологические механизмы реакции? 3. Методы диагностики развившегося состояния.	1. У больного развился анафилактический шок на введение Амоксициклава. 2. Развилась реакция гиперчувствительности немедленного типа. В результате воздействия биологически активных веществ на организм, возникает парез гладкой мускулатуры, расширение мелких сосудов и перераспределение крови, что приводит к

			уменьшению ОЦК и острой артериальной гипотензии. 3. Определение уровня сывороточной триптазы
		Задача 5. Больной 17 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость жажду, боли в животе, зуд кожи, частое и обильное мочеиспускание, похудание. Болен в течении двух дней. Объективный статус: Больной в сознании, несколько возбужден. Кожные покровы сухие, «рубцоз щёк». Язык «малиновый». Тахипноэ. Дыхание шумное, по типу Куссмауля. Тоны сердца ритмичные, АД 130/80 мм рт.ст., пульс 106 в мин. Живот напряжен, болезненный при пальпации во всех отделах. При исследовании: Нв – 160 г/л, L- 8,7 , глюкоза крови – 19,5 ммоль/л, ацетон в моче +++. Задание: 1. Ваш диагноз ?	1. Диагноз: Впервые выявленный СД, тип I, стадия декомпенсации, кетоацидоз.
24	ОПК-4	Продолжите предложение или вставьте пропущенные слова: 1. Диффузные, несимметричные, двусторонние затемнения легочной ткани (симптом «Снежной бури») характерны для _____ 2. Нормальный дыхательный объем в покое у взрослого примерно равен _____ л. 3. Первое правило, которое следует помнить: чрезмерных компенсаций не бывает. Точка равновесия на «кислотно-щелочных весах» приходится на рН 7,4 ($H^+ = 40$ нмоль/л). Если весы склоняются в сторону ацидемии ($pH < 7,4$), то это указывает на первичный ацидоз; если весы склоняются в сторону алкалемии ($pH > 7,4$), то наиболее вероятен первичный _____ 4. Признак штрих кода «Barcode Sign» (M – режим) выявленный при ультразвуковом исследовании легких указывает на отсутствие скопления легкого и означает наличие _____ 5. Расширение зрачков после остановки кровообращения начинается через _____	Респираторного дистресс-синдрома взрослых 0,5-0,6 л алкалоз пневмоторакса 40-60 сек
25	ОПК-4	Прочитайте текст и выберите правильный ответ 1. Характерные эффекты от применения сердечных гликозидов на ЭКГ включают: А) Укорочение интервала PR Б) Удлинение интервала QT В) Депрессию ST Г) Тахикардию 2. Результаты лабораторных исследований при вызванном фторотаном гепатите включают А) Повышение билирубина сыворотки Б) Выраженное повышение трансаминаз сыворотки В) Значительное возрастание щелочной фосфатазы Г) Наличие антител против измененных галотаном антигенов гепатоцитов Д) Наличие поверхностного антигена	Б Б

		3. Признаки злокачественной гипертермии включают А) Отсутствие действия суксаметония Б) Тахикардию В) Тяжелый метаболический ацидоз Г) Повышение концентрации калия в плазме Д) Все перечисленные признаки	Д
		4. При определении площади ожогов, не имеющих сплошной поверхности, удобнее пользоваться А) "Правилom ладони" Б) "Правилom девяток" В) Индексом Франка	А
		5. ЭКГ изменения при интраоперационной гиперкалиемии могут включать А) Фибрилляцию желудочков Б) Высокие пикообразные Т волны В) Депрессию сегмента ST Г) Все перечисленное Д) Правильно а) и б)	Д
		6. Наиболее характерным ЭКГ признаком ТЭЛА является: А. Полная блокада левой ножки пучка Гиса Б. Симптом S ₁ -Q ₃ В. Синусовая брадикардия Г. Удлинение интервала PQ	Б
		7. Факторы, которые могут способствовать развитию послеоперационной печеночной недостаточности: А) Гиперкапния Б) Гипоксия В) Переливание крови Г) Септицемия Д) Все перечисленные факторы	Д
		8. Острое повреждение почек наиболее часто возникает после приема: А. Нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) Б. Сердечных гликозидов В. Антагонистов кальция Г. Бензодиазепинов	А
		9. При выраженной гипоксии на ЭЭГ наблюдается А) Отсутствие электрической активности Б) Учащение ритма и увеличение амплитуды В) Не наблюдается отклонений Г) Появление высокоамплитудных и медленных волн (d-волн) Д) Чередование ритмов	Г
		10. Через 10 дней после обычной ургентной аппендэктомии у молодой женщины сохраняется высокая температура с большим размахом колебаний. Следующее верно: А) В первую очередь надо провести внутривенную пиелографию Б) Поддиафрагмальный абсцесс - наиболее вероятный диагноз В) Плевральный выпот наводит на мысль о	Б

	послеоперационной инфекции груди Г) Нужно начать с проведения ургентной лапаротомии	
	11.Вероятный диагноз у пациента с желтухой и повышенным билирубином в моче: А) Инфекционный гепатит Б) Обструкция желчных протоков В) Метастаз карциномы в печень Г) Возможен любой из перечисленных диагнозов Д) Правильно только а) и б)	Г
	12. Пожилой мужчина жалуется на острую боль в животе после подтвержденного переднелатерального инфаркта миокарда. Систолическое АД 80 мм рт ст, перистальтика отсутствует и живот вздут. Наиболее вероятные диагнозы включают А) Острый холецистит Б) Эмболию верхней брыжеечной артерии В) Острый панкреатит, прободную язву желудка Г) Верно а) и б) Д) Верно б) и в)	Д
	13. После плановой гистерэктомии у пациентки развивается цианоз, сильная боль в правой половине груди, синусовая тахикардия и гипотензия. Вероятные диагнозы включают А) Инфаркт миокарда Б) Легочную эмболию В) Спонтанный пневмоторакс Г) Все ответы верны Д) Верно только б) и в)	Д
	14. Для острого деструктивного панкреатита характерны все перечисленные ниже изменения, за исключением: А)Выраженного дефицита плазматического объема Б)Выраженного дефицита белков плазмы В)Сгущения крови Г)Увеличения объема внеклеточного пространства Д)Гемодинамических нарушений	Г
	15. Для выраженного нарушения функции печени при механической желтухе ха-рактерно: А)Увеличение содержания холестерина Б)Гипопротеинемия В)Увеличения содержания фибриногена Г)Снижение уровня щелочной фосфатазы	Б
	16. В зависимости от этиологического фактора различают следующие формы острой почечной недостаточности (ОПН): А. Острую, ренальную, молниеносную Б. Преренальную, постренальную, смешанную В. Постренальную, смешанную, подострую Г. Преренальную, постренальную, ренальную Д. Преренальную, ренальную, молниеносную	Г
	17. Анафилактическим шоком, согласно Всемирной организации аллергологов, называют анафилаксию сопровождающуюся снижением: А. Систолического АД ниже 90 мм рт.ст. или на 30% от исходного Б. Среднего АД ниже 100 мм рт.ст. или на 25% от исходного	А

	В. Систолического АД ниже 70 мм рт.ст. Г. Среднего АД на 50% от исходного	
	18. Диагноз алкогольной интоксикации может быть поставлен на основании ком-плекса симптомов: А. Потери сознания, преходящей анизокории, миофибрилляции, гиперсаливации, гипертонуса сгибательной мускулатуры, тахикардии, непроизвольного мочеиспускания и дефекации Б. Потери сознания, анизокории, брадикардии, односторонней арефлексии и атонии сгибательной мускулатуры В. Потери сознания, миоза, миофибрилляции, брадикардии, гиперсаливации, бронхореи, гипертонуса сгибательной мускулатуры Г. Потери сознания, гиперемии лица, сухости слизистых и кожных покровов, мидриаза, тахикардии	А
	19. Наиболее достоверным признаком клинической смерти является: А. Патологические ритмы дыхания, судороги, цианоз Б. Отсутствие сознания В. Расширение зрачков Г. Отсутствие зрачкового рефлекса Д. Отсутствие АД, сердечных тонов и пульса на сонных артериях	Д
	20. По каким параметрам оценивается количественная оценка нарушения сознания: А. Словесному контакту Б. Состоянию жизненно важных функций В. Открытию глаз, словесному и двигательному ответу Г. Способности ориентировать в пространстве.	В
	21. Клинические проявления отравления угарным газом включают развитие А. Двигательного возбуждения, зрительных и слуховых галлюцинаций, потери сознания, амнезии после выхода из комы Б. Депрессии дыхания, тахикардии, гипертензии, метгемоглобинемии В. Гемолиза, токсической нефропатии Г. Верны все ответы Д. Верно только а) и б)	Д
	22. Наиболее точный метод определения эффективности легочной вентиляции (до и после операции): А. Анализ газов артериальной крови Б. Спирометрия В. Определение рН Г. Рентгенография грудной клетки Д. Мертвое легочное пространство	А
	23. Для острого панкреатита характерными изменениями электролитов являются: А. Гиперкалиемия Б. Гиперкальциемия В. Гипернатриемия Г. Гипохлоремия	Г

	Д. Все перечисленное	
	24. Клиническими проявлениями кислотно-аспирационного синдрома являются: А. Бронхиолоспазм, удушье, диспноэ, сопротивление к вдуванию газонаркотической смеси в легкие Б. Набухание шейных вен, цианоза лица В. Снижение ЦВД, АД Г. Верно всё перечисленное Д. Верно только а) и б)	Д
	25. Доставлен в больницу сбитый автомашиной взрослый пациент с множественными переломами большеберцовой кости. Других повреждений не обнаружено. После коррекции перелома под общей анестезией у пациента не восстанавливается со-знание. Наиболее вероятные причины этого состояния: А. Внутричерепная гематома Б. Жировая эмболия В. Нарушения мозгового кровообращения вследствие гиповолемии и кровопотери Г. Верно а) и б) Д. Верны все ответы	А
	26. Развитию "стоп-феномена" (прекращения кровотока в сосудах мозга) при черепно-мозговой травме способствуют: А. Высокое артериальное давление Б. Высокое внутричерепное давление В. Артериальная гипотензия Г. Отек мозга Д. Верно б), в) и г)	Д
	27. У роженицы во время родов отмечалось повышение АД, тахикардия, затем возникли боли за грудиной, страх смерти, затруднение дыхания, цианоз. Через 2 часа после рождения мертвого плода возник отек легких, ДВС. Ваш предположительный диагноз? А. Эклампсия Б. Инфаркт миокарда В. Эмболия околоплодными водами Г. Тромбоэмболия легочной артерии Д. Инфаркт легкого	В
	28. Ранним признаком почечной недостаточности является А. Наличие лейкоцитов в моче Б. Повышение в крови азота мочевины при низком удельном весе мочи В. Наличие эритроцитов в моче Г. Изменения уровня креатинина в крови	Б
	29. Легочную эмболию можно точно диагностировать А. Сканированием или ангиографией легких Б. Рентгеновским исследованием грудной клетки В. По уровню лактат дегидрогеназы крови Г. Верно а) и в) Д. Верны все ответы	А
	30. При жировой эмболии характерно А. Обнаружение жировых шариков в моче и сосудах	Г

		снотчати Б. Умственная дезориентацией В. Петехиями и повышением уровня продуктов деградации фибриногена Г. Все перечленные симптомы Д. Верно только а) и в)																																																					
26	ОПК-5	Прочитайте текст и установите соответствие 1. Установите соответствие между типом шока и препаратом первой линии для гемодинамической поддержки. <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Тип шока</th><th colspan="2">Препарат выбора</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td><td>Септический шок (вазоплегия)</td><td>1</td><td>Добутамин</td></tr> <tr> <td>Б</td><td>Кардиогенный шок (низкий сердечный выброс)</td><td>2</td><td>Норэпинефрин (норадреналин)</td></tr> <tr> <td>В</td><td>Анафилактический шок</td><td>3</td><td>Атропин</td></tr> <tr> <td>Г</td><td>Брадикардия с гипотензией</td><td>4</td><td>Эпинефрин (адреналин)</td></tr> </tbody> </table> 2. Установите соответствие между препаратом для купирования отека легких и его патогенетическим механизмом действия. <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Препарат</th><th colspan="2">Механизм действия</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td><td>Морфин</td><td>1</td><td>Уменьшение объема циркулирующей крови</td></tr> <tr> <td>Б</td><td>Фуросемид</td><td>2</td><td>Снижение пред- и постнагрузки левого желудочка</td></tr> <tr> <td>В</td><td>Нитроглицерин</td><td>3</td><td>Увеличение минутного объема крови, уменьшение наполнения левого желудочка</td></tr> <tr> <td>Г</td><td>Добутамин</td><td>4</td><td>Уменьшение влияния центральной симпатической иннервации, вазодилатация</td></tr> </tbody> </table> 3. Установите соответствие между режимом искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и его основной характеристикой. <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Режим ИВЛ</th><th colspan="2">Характеристика</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td><td>CMV (Controlled Mandatory Ventilation)</td><td>1</td><td>Каждый вдох пациента поддерживается аппаратом на заданном уровне давления</td></tr> <tr> <td>Б</td><td>SIMV (Synchronized)</td><td>2</td><td>Пациент может дышать</td></tr> </tbody> </table>	Тип шока		Препарат выбора		А	Септический шок (вазоплегия)	1	Добутамин	Б	Кардиогенный шок (низкий сердечный выброс)	2	Норэпинефрин (норадреналин)	В	Анафилактический шок	3	Атропин	Г	Брадикардия с гипотензией	4	Эпинефрин (адреналин)	Препарат		Механизм действия		А	Морфин	1	Уменьшение объема циркулирующей крови	Б	Фуросемид	2	Снижение пред- и постнагрузки левого желудочка	В	Нитроглицерин	3	Увеличение минутного объема крови, уменьшение наполнения левого желудочка	Г	Добутамин	4	Уменьшение влияния центральной симпатической иннервации, вазодилатация	Режим ИВЛ		Характеристика		А	CMV (Controlled Mandatory Ventilation)	1	Каждый вдох пациента поддерживается аппаратом на заданном уровне давления	Б	SIMV (Synchronized)	2	Пациент может дышать	А-2, Б-1, В-4, Г-3 А-4, Б-1, В-2, Г-3 А-3, Б-2, В-1, Г-4
Тип шока		Препарат выбора																																																					
А	Септический шок (вазоплегия)	1	Добутамин																																																				
Б	Кардиогенный шок (низкий сердечный выброс)	2	Норэпинефрин (норадреналин)																																																				
В	Анафилактический шок	3	Атропин																																																				
Г	Брадикардия с гипотензией	4	Эпинефрин (адреналин)																																																				
Препарат		Механизм действия																																																					
А	Морфин	1	Уменьшение объема циркулирующей крови																																																				
Б	Фуросемид	2	Снижение пред- и постнагрузки левого желудочка																																																				
В	Нитроглицерин	3	Увеличение минутного объема крови, уменьшение наполнения левого желудочка																																																				
Г	Добутамин	4	Уменьшение влияния центральной симпатической иннервации, вазодилатация																																																				
Режим ИВЛ		Характеристика																																																					
А	CMV (Controlled Mandatory Ventilation)	1	Каждый вдох пациента поддерживается аппаратом на заданном уровне давления																																																				
Б	SIMV (Synchronized)	2	Пациент может дышать																																																				

			Intermittent Mandatory Ventilation)		самостоятельно между принудительными вдохами		
		В	PSV (Pressure Support Ventilation)	3	Все вдохи принудительные (контролируемые) по заданным параметрам		
		Г	CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)	4	Самостоятельное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях		
		4. Установите соответствие между лабораторным показателем и его клиническим значением при интерпретации кислотно-основного состояния.					А-3, Б-1, В-4, Г-2
		Показатель		Клиническое значение			
		А	pH	1	Отражает эффективность легочной вентиляции		
		Б	PaCO ₂	2	Характеризует метаболический компонент (дефицит или избыток оснований)		
		В	HCO ₃ ⁻	3	Отражает конечный баланс кислот и оснований (норма 7,35-7,45)		
		Г	BE (Base Excess)	4	Гидрокарбонатный буфер плазмы		
		5. Установите соответствие между типом нарушений ритма и препаратом первого выбора для купирования.					А-3, Б-1, В-2, Г-4
		Нарушение ритма		Препарат выбора			
		А	Фибрилляция желудочков	1	Аденозин		
		Б	Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (гемодинамически стабильная)	2	Амиодарон		
		В	Желудочковая тахикардия	3	Электроимпульсная терапия (дефибрилляция)		
		Г	Брадиаритмия с гипотензией	4	Атропин		
27	ОПК-5	Прочитайте текст и установите последовательность					
		1. Установите правильную последовательность действий при проведении расширенной сердечно-легочной реанимации (алгоритм ACLS). А. Введение вазопрессора (адреналин). Б. Начало непрямого массажа сердца с частотой 100-120 в					Б, В, Г, А

		минуту. В. Оценка ритма на мониторе дефибриллятора. Г. Дефибрилляция (при фибрилляции желудочков/желудочковой тахикардии без пульса).	
		2. Установите последовательность этапов инфузионной терапии при массивной кровопотере (геморрагический шок). А. Катетеризация центральной вены. Б. Начало инфузии кристаллоидов (сбалансированные растворы) через периферический венозный доступ. В. Обеспечение проходимости дыхательных путей и ингаляция кислорода. Г. Трансфузия компонентов крови (эритроциты, свежзамороженная плазма) в соотношении 1:1.	В, Б, А, Г
		3. Расположите этапы титрования дозы вазопрессора (норадреналина) при септическом шоке. А. Фиксация достигнутой скорости инфузии в листе назначений. Б. Начало инфузии с минимальной стартовой дозы (например, 0,05 мкг/кг/мин). В. Оценка целевого уровня среднего артериального давления ($АД_{ср} \geq 65$ мм рт. ст.). Г. Постепенное увеличение скорости инфузии каждые 5-10 минут до достижения целевого АД_{ср}.	Б, В, Г, А
		4. Установите последовательность диагностических и лечебных мероприятий при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА) с нестабильной гемодинамикой. А. Выполнение экстренной эхокардиографии (ЭхоКГ) у постели больного. Б. Начало инфузии гепарина (или тромболитическая терапия при подтверждении). В. Оценка витальных функций (АД, ЧСС, сатурация) и ингаляция кислорода. Г. Проведение компьютерной томографии с контрастированием (КТ-ангиография).	В, А, Б, Г — при нестабильной гемодинамике тромболизис может проводиться по данным ЭхоКГ без КТ)
		5. Расположите в правильном порядке мероприятия по седации пациента на ИВЛ с применением протокола "пробуждение-дыхание". А. Оценка готовности к экстубации (кашель, защитные рефлексы, устойчивая гемодинамика). Б. Прекращение инфузии седативных препаратов до полного пробуждения (выполнение команд). В. Проведение спонтанного дыхательного теста (Т-образная трубка или PSV). Г. Возобновление седации в половинной дозе, если пациент не готов к экстубации.	Б, В, А, Г
28	ОПК-5	Прочитайте задачу и дайте развёрнутый ответ 1. Пациент 65 лет доставлен в ОРИТ с диагнозом "внебольничная пневмония". Состояние тяжелое: сознание сопор, АД 80/40 мм рт. ст., ЧСС 115 в мин, ЧД 28 в мин, SpO₂ 88% при дыхании атмосферным воздухом. Аускультативно: с обеих сторон влажные хрипы, крепитация. Лабораторно: лейкоцитоз $18 \times 10^9/\text{л}$, СРБ 200 мг/л, прокальцитонин 5 нг/мл. Вопрос: Сформулируйте предварительный диагноз. Составьте план интенсивной терапии первых 30 минут,	Диагноз: Внебольничная полисегментарная пневмония, тяжелое течение. Сепсис, септический шок. Острая дыхательная недостаточность (ОДН) II-III степени.

		включая респираторную поддержку, инфузионную терапию и стартовую антибактериальную терапию. Обоснуйте выбор препаратов.	План интенсивной терапии: Респираторная поддержка: Ингаляция увлажненного O_2 через лицевую маску. При отсутствии эффекта ($SpO_2 < 92\%$) или усугублении дыхательной недостаточности — перевод на неинвазивную ИВЛ (CPAP) или интубация трахеи и перевод на ИВЛ (режим CMV с параметрами: V_t 6-8 мл/кг идеальной массы тела, PEEP 5-8 см H_2O, FiO_2 для поддержания SpO_2 92-96%). Инфузионная терапия: Внутривенный доступ (периферический/центральный). Быстрая инфузия сбалансированных кристаллоидов (Стерофундин, Плазмалит) в объеме 30 мл/кг в течение первого часа под контролем АД и темпа диуреза. Вазопрессорная поддержка: При неэффективности инфузионной нагрузки ($AD_{ср} < 65$ мм рт. ст.) — начало инфузии норадреналина через инфузомат (стартовая доза 0,05-0,1 мкг/кг/мин) с титрованием до целевого $AD_{ср} \geq 65$ мм рт. ст. Антибактериальная терапия: Эмпирическая терапия тяжелой внебольничной пневмонии: комбинация цефалоспорины III поколения (цефтриаксон 2,0 г в/в)
--	--	--	---

			и макролида (азитромицин 500 мг в/в) или респираторного фторхинолона (левофлоксацин 500 мг в/в) в/в.
		2. В отделение реанимации поступил пациент 45 лет через 2 часа после суицидальной попытки: принял неизвестное количество амитриптилина. При осмотре: сопор, зрачки расширены, реакция на свет вялая. Кожные покровы сухие. Тоны сердца приглушены, ЧСС 140 в мин, АД 90/50 мм рт. ст. На ЭКГ: синусовая тахикардия, расширение комплекса QRS до 140 мс, удлинение QT. Вопрос: Какое осложнение развилось у пациента? Опишите механизм токсического действия амитриптилина. Составьте план неотложной терапии.	Осложнение: Острое отравление трициклическими антидепрессантами (амитриптилином), осложненное кардиотоксическим синдромом (нарушение проводимости, риск желудочковых аритмий) и угнетением сознания. Механизм токсического действия: Блокада натриевых каналов (мембраностабилизирующее действие) — замедление деполяризации, расширение QRS. Антихолинергическое действие (тахикардия, мидриаз, сухость кожи, парез кишечника). Блокада альфа-адренорецепторов (вазодилатация, гипотензия). Обратный захват норадреналина (ранняя стимуляция, сменяющаяся истощением). План неотложной терапии: Обеспечение венозного доступа и мониторинг (ЭКГ, АД, пульсоксиметрия). Коррекция ацидоза: Внутривенное введение натрия гидрокарбоната 4% под контролем pH крови (целевой pH 7,45-7,55), так как алкалоз уменьшает

			связывание препарата с натриевыми каналами. Антиаритмическая терапия: При расширении QRS > 100-120 мс или желудочковых аритмиях — внутривенное введение натрия гидрокарбоната. Лидокаин — препарат второй линии. Препараты IA и IC класса (прокаионамид, флекаинид) противопоказаны. Борьба с гипотензией: Инфузия кристаллоидов. При неэффективности — норадреналин (в связи с альфа-блокадой). Детоксикация: Промывание желудка (несмотря на время, в связи с антихолинергическим эффектом и замедленной эвакуацией) через зонд, энтеросорбенты. Гемосорбция малоэффективна из-за большого объема распределения.
		3. Пациент 70 лет находится на ИВЛ по поводу тяжелой черепно-мозговой травмы. На 5-е сутки отмечен подъем температуры до 38,8°C, тахикардия, гнойный характер трахеального секрета. Ранее назначенные антибиотики (цефтриаксон) не дали эффекта. При микроскопии мокроты: грамположительные кокки в виде гроздьев. Вопрос: Ваш предположительный диагноз и вероятный возбудитель? Какие препараты следует назначить и почему? Какие дополнительные исследования необходимо провести для контроля эффективности и безопасности терапии?	Предположительный диагноз: Вентилятор-ассоциированная пневмония (ВАП) . Вероятный возбудитель: Золотистый стафилококк (S. aureus), учитывая морфологию. Высокий риск метициллин-резистентности (MRSA), особенно в стационаре. Антибактериальная терапия: Необходима смена антибиотика с учетом вероятной MRSA-этиологии. Препараты выбора: Линезолид 600 мг в/в

			каждые 12 ч. Или ванкомицин в/в с контролем остаточной концентрации (target trough level 15-20 мг/л). Или тигециклин (при подозрении на полирезистентную флору). Дополнительные исследования: Бактериологический посев мокроты с определением чувствительности к антибиотикам. Анализ крови на прокальцитонин для оценки тяжести бактериального процесса и решения вопроса о длительности терапии. Контроль функции почек (креатинин, СКФ) при назначении ванкомицина для коррекции дозы. При назначении ванкомицина — контроль остаточной концентрации в крови. Рентгенография/КТ органов грудной клетки
		4. У пациента 60 лет с острым инфарктом миокарда на 2-е сутки внезапно появилось обильное влажное дыхание, клочущее дыхание, выделение пенистой розовой мокроты, резкая одышка в покое, цианоз. АД 170/100 мм рт. ст., ЧСС 120 в мин, ЧД 32 в мин. Аускультативно: влажные хрипы над всей поверхностью легких. Вопрос: Какое осложнение развилось у пациента? Опишите патогенез данного состояния. Составьте алгоритм неотложной помощи.	Оксигенотерапия: Ингаляция увлажненного кислорода через маску или носовые канюли. При неэффективности — переход на ИВЛ с ПДКВ (РЕЕР) или неинвазивную вентиляцию. Пеногашение: Ингаляция кислорода, пропущенного через 33% этиловый спирт или использование антифомсилана. Нитроглицерин: Внутривенное титрование (10-200 мкг/мин) под контролем АД для снижения

			преднагрузки и постнагрузки. Фуросемид: 40-80 мг внутривенно болюсно (при сохраненном диурезе) для снижения ОЦК и венодилатации. Морфин: 2-5 мг внутривенно для уменьшения одышки, тревоги и венодилатации. Инотропная поддержка (при гипотензии): добутамин или допамин. При фибрилляции предсердий с тахисистолой — возможно введение дигоксина
		5. Пациент 50 лет с хронической болезнью почек (ХБП 4 стадии) находится в ОРИТ с диагнозом "панкреонекроз". Состояние крайне тяжелое. За сутки диурез составил 200 мл, креатинин плазмы 600 мкмоль/л, калий 6,8 ммоль/л. На ЭКГ: высокие остроконечные зубцы Т, расширение QRS. Вопрос: Какое жизнеугрожающее состояние развилось у пациента? Опишите неотложные мероприятия по его коррекции до начала диализа. Каковы показания для экстренного диализа?	Жизнеугрожающее состояние: Острое повреждение почек (ОПП) на фоне ХБП, осложненное гиперкалиемией (тяжелая степень) с ЭКГ-признаками. Неотложные мероприятия по коррекции гиперкалиемии до диализа (в порядке очередности): Стабилизация мембран кардиомиоцитов: Внутривенное введение 10% кальция глюконата 10-30 мл (медленно, под контролем ЭКГ). Действие через минуты, на 30-60 мин. Перемещение калия внутри клетки: Ингаляция β2-агонистов (сальбутамол) Внутривенное введение инсулина с глюкозой (10 ЕД инсулина + 50 мл 40% глюкозы). Выведение калия из организма: Петлевые диуретики (фуросемид в/в) —

			малоэффективны при анурии. Кальция-полистиролсульфонат (Кайексалат) внутрь или ректально. Показания для экстренного гемодиализа: Тяжелая гиперкалиемия ($>6,5$ ммоль/л) с ЭКГ-изменениями. Анурия (>24 часов). Уремические осложнения (энцефалопатия, перикардит). Тяжелый метаболический ацидоз ($\text{pH} < 7,15$). Перегрузка жидкостью (рефрактерный отек легких).
29	ОПК-5	Прочитайте задание и дайте краткий ответ	
		1. Какой вазопрессор является препаратом первой линии для коррекции гипотензии при септическом шоке согласно рекомендациям Surviving Sepsis Campaign?	Норэпинефрин (Норадреналин)
		2. Какой дыхательный объем (в мл/кг идеальной массы тела) рекомендуется использовать при проведении ИВЛ у пациентов с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) для протективной вентиляции легких?	6 мл/кг
		3 Введение какого препарата (антагониста опиоидов) показано при передозировке наркотических анальгетиков, сопровождающейся угнетением дыхания?	Налоксон
		4. Какой препарат (ингибитор фибринолиза) рекомендуется для раннего применения при массивной кровопотере и геморрагическом шоке для снижения летальности?	Транексамовая кислота
		5. Укажите целевое значение среднего артериального давления (АДср) у пациентов с септическим шоком, получающих вазопрессорную поддержку.	65-70 мм рт. ст. (≥ 65 мм рт. ст.)
30	ОПК-5	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	
		1. Какой раствор является препаратом выбора для стартовой инфузионной терапии при геморрагическом шоке? А) 0,9% раствор натрия хлорида Б) 5% раствор глюкозы В) Сбалансированный кристаллоидный раствор (Стерофундин, Плазмалит) Г) 4% раствор альбумина	В
		2. Какое значение прокальцитонина наиболее характерно для тяжелого бактериального сепсиса? А) $< 0,05$ нг/мл Б) 0,1 - 0,25 нг/мл В) 0,5 - 2,0 нг/мл	Г

	Г) > 2,0 нг/мл	
	3. Какой препарат является антидотом при отравлении бензодиазепинами? А) Налоксон Б) Флумазенил В) Атропин Г) Унитиол	Б
	4. Какое положение рекомендуется придать пациенту с кардиогенным отеком легких и высоким АД? А) Горизонтальное на спине Б) Тренделенбурга (с опущенным головным концом) В) С возвышенным головным концом (сидя) Г) На боку	Б
	5. Какое соотношение компрессий и вдохов рекомендуется при проведении СЛР взрослому пациенту одним спасателем без ИВЛ? А) 30:2 Б) 15:2 В) 5:1 Г) Только компрессии	А
	6. Какой препарат является антидотом при отравлении метанолом? А) Этанол Б) Атропин В) N-ацетилцистеин Г) Пиридоксин	А
	7. Какой уровень РЕЕР (положительного давления конца выдоха) является стартовым при протективной ИВЛ у пациентов с ОРДС? А) 0 см H ₂ O Б) 5-8 см H ₂ O В) 15-20 см H ₂ O Г) Более 20 см H ₂ O	Б
	При каком уровне тромбоцитов показано профилактическое переливание тромбоконцентрата у пациента без признаков кровотечения в ОРИТ? А) < 100 × 10 ⁹ /л Б) < 50 × 10 ⁹ /л В) < 20 × 10 ⁹ /л Г) < 10 × 10 ⁹ /л	Г
	9. Какой препарат относится к недеполяризующим миорелаксантам? А) Сукцинилхолин (Дитилин) Б) Рокуроний В) Суксаметоний Г) Листенон	Б
	10. Какой показатель наиболее точно отражает адекватность перфузии тканей при шоке? А) Центральное венозное давление (ЦВД) Б) Частота сердечных сокращений В) Уровень лактата крови Г) Температура тела	В
	11. Что такое "золотой час" в неотложной медицине? А) Первый час от момента поступления в стационар Б) Время, необходимое для диагностики В) Временной промежуток, в течение которого оказание помощи наиболее эффективно для предотвращения смерти	В

	Г) Время проведения обхода	
	12. Какой препарат используется для купирования судорог у пациента с эклампсией? А) Магния сульфат Б) Фенитоин В) Диазепам Г) Тиопентал натрия	А
	13. Какая стартовая доза адреналина рекомендуется при внутривенном введении во время СЛР у взрослых? А) 0,1 мг Б) 1 мг В) 5 мг Г) 10 мг	Б
	14. При каком уровне гемоглобина обычно рассматривается вопрос о трансфузии эритроцитов у стабильных пациентов ОРИТ? А) < 90 г/л Б) < 80 г/л В) < 70 г/л Г) < 60 г/л	В
	15. Какой препарат используется для купирования пароксизма наджелудочковой тахикардии (вагусные пробы неэффективны)? А) Верапамил Б) Амiodарон В) Аденозин (АТФ) Г) Лидокаин	В
	16. Какое значение сатурации (SpO ₂) является целевым при проведении кислородотерапии у большинства критических пациентов? А) 88-92% Б) 92-96% В) 97-100% Г) 100%	Б
	17. Какое осложнение наиболее характерно для длительной ИВЛ с высоким дыхательным объемом и давлением? А) Баротравма (пневмоторакс) Б) Тромбоэмболия В) Желудочно-кишечное кровотечение Г) Острая почечная недостаточность	А
	18. Какой препарат используется для нейтрализации гепарина? А) Протамина сульфат Б) Витамин К В) Транексамовая кислота Г) Аминокапроновая кислота	А
	19. Что такое "триада смерти" в хирургии критических состояний? А) Гипоксия, гиперкапния, ацидоз Б) Гипотермия, ацидоз, коагулопатия В) Гиповолемия, анемия, гипопротеинемия Г) Тахикардия, тахипноэ, лихорадка	Б
	20. Какое давление в баллоне манжеты эндотрахеальной трубки считается безопасным? А) 5-10 см H ₂ O Б) 20-30 см H ₂ O	Б

	В) 40-50 см H ₂ O Г) Более 60 см H ₂ O	
	21. Какой антибиотик относится к группе карбапенемов? А) Цефтриаксон Б) Меропенем В) Амикацин Г) Левофлоксацин	Б
	22. Какой препарат является антидотом при отравлении угарным газом (СО)? А) Кислород (О ₂) Б) Атропин В) Натрия тиосульфат Г) Метиленовый синий	А
	23. Какое значение гликемии является целевым при проведении интенсивной инсулинотерапии в ОРИТ? А) 4,4-6,1 ммоль/л Б) 6,1-8,0 ммоль/л В) 8,0-10,0 ммоль/л Г) 10,0-12,0 ммоль/л	В
	24. Какое осложнение вызывает быстрое введение ванкомицина? А) Анафилактический шок Б) "Синдром красного человека" (Red Man Syndrome) В) Остановка сердца Г) Бронхоспазм	Б
	25. Какой уровень билирубина характерен для механической желтухи? А) Преимущественно прямой Б) Преимущественно непрямой В) Смешанный Г) Не имеет значения	А
	26. Что такое "добутаминовый тест"? А) Проба на аллергию Б) Оценка сократительного резерва миокарда при стресс-ЭхоКГ В) Способ введения препарата Г) Тест на совместимость крови	Б
	27. Какой препарат используется для лечения гипертонического криза, осложненного острой левожелудочковой недостаточностью? А) Нитроглицерин (в/в) Б) Нифедипин (под язык) В) Каптоприл (под язык) Г) Фуросемид (в/м)	А
	28. Какое исследование является "золотым стандартом" для диагностики ТЭЛА? А) ЭКГ Б) Рентгенография грудной клетки В) КТ-ангиография легочной артерии Г) ЭхоКГ	В
	29. Какой препарат используется для лечения гиперкалиемии для "стабилизации мембран"? А) Инсулин с глюкозой Б) Фуросемид В) Кальция глюконат Г) Сальбутамол	В
	30. При каком уровне натрия плазмы развивается тяжелая	В

		гипернатриемия? А) > 145 ммоль/л Б) > 150 ммоль/л В) > 155 ммоль/л Г) > 160 ммоль/л																					
31	ОПК-6	Прочитайте текст и установите соответствие 1. Установите соответствие между видом медицинской экспертизы и ее целью согласно Федеральному закону № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Вид экспертизы</th><th colspan="2">Цель проведения</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td><td>Экспертиза временной нетрудоспособности</td><td>1</td><td>Определение причинно-следственной связи повреждения здоровья с событием (травма, ранение, заболевание), полученным при защите Отечества</td></tr> <tr> <td>Б</td><td>Медико-социальная экспертиза</td><td>2</td><td>Определение потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности</td></tr> <tr> <td>В</td><td>Военно-врачебная экспертиза</td><td>3</td><td>Оценка своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата</td></tr> <tr> <td>Г</td><td>Экспертиза качества медицинской помощи</td><td>4</td><td>Определение способности работника осуществлять трудовую деятельность, сроков и причин утраты трудоспособности, а также выписка листка нетрудоспособности</td></tr> </tbody> </table>	Вид экспертизы		Цель проведения		А	Экспертиза временной нетрудоспособности	1	Определение причинно-следственной связи повреждения здоровья с событием (травма, ранение, заболевание), полученным при защите Отечества	Б	Медико-социальная экспертиза	2	Определение потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности	В	Военно-врачебная экспертиза	3	Оценка своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата	Г	Экспертиза качества медицинской помощи	4	Определение способности работника осуществлять трудовую деятельность, сроков и причин утраты трудоспособности, а также выписка листка нетрудоспособности	А-4, Б-2, В-1, Г-3
Вид экспертизы		Цель проведения																					
А	Экспертиза временной нетрудоспособности	1	Определение причинно-следственной связи повреждения здоровья с событием (травма, ранение, заболевание), полученным при защите Отечества																				
Б	Медико-социальная экспертиза	2	Определение потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности																				
В	Военно-врачебная экспертиза	3	Оценка своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата																				
Г	Экспертиза качества медицинской помощи	4	Определение способности работника осуществлять трудовую деятельность, сроков и причин утраты трудоспособности, а также выписка листка нетрудоспособности																				

				и		
2. Установите соответствие между критерием оценки качества медицинской помощи в отделении реанимации и его нормативным значением (сроком выполнения) согласно действующим критериям оценки качества.						А-2, Б-3, В-1, Г-4
Действие (критерий качества)		Нормативный срок				
А	Установление предварительного диагноза врачом отделения анестезиологии-реанимации	1	Не позднее 24 часов с момента поступления			
Б	Осмотр заведующим отделением реанимации поступившего пациента	2	Не позднее 2 часов с момента поступления			
В	Установление клинического диагноза при поступлении по экстренным показаниям	3	В течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления			
Г	Установление клинического диагноза при поступлении по экстренным показаниям	4	В течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления			
3. Установите соответствие между категорией (группой) инвалидности и ее характеристикой в отношении способности к трудовой деятельности.						А-2, Б-1, В-3, Г-4
Группа инвалидности		Характеристика трудового прогноза				
А	I группа	1	Способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях или с использованием вспомогательных средств			
Б	II группа	2	Полная неспособность к трудовой деятельности (или способность к отдельным видам деятельности в специально созданных условиях со значительной помощью)			
В	III группа	3	Способность к			

				выполнению трудовой деятельности в обычных условиях, но с ограничениями (снижение квалификации, уменьшение объема)																					
	Г	Инвалидность без права на труд	4	Термин не используется, так как все группы инвалидности предполагают различную степень ограничения способности к труду, а не полное ее отсутствие																					
4. Установите соответствие между степенью утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) и клинико-экспертной характеристикой состояния пациента после перенесенного критического состояния.					А-2, Б-3, В-1, Г-4																				
<table><tr><th colspan="2">Степень утраты трудоспособности</th><th colspan="2">Клинико-экспертная характеристика</th></tr><tr><td>А</td><td>100%</td><td>1</td><td>Пациент может выполнять работу по основной профессии в обычных условиях, но со снижением квалификации или уменьшением объема работы</td></tr><tr><td>Б</td><td>70-90%</td><td>2</td><td>Полная утрата трудоспособности, наличие абсолютных противопоказаний для любых видов профессиональной деятельности</td></tr><tr><td>В</td><td>40-60%</td><td>3</td><td>Пациент может выполнять работу по основной профессии, но в специально созданных условиях (спеццеха, надомный труд)</td></tr><tr><td>Г</td><td>10-30%</td><td>4</td><td>Незначительная стойкая утрата трудоспособности (менее 10%) - в таблице не указана, соответствует легким нарушениям функций</td></tr></table>					Степень утраты трудоспособности		Клинико-экспертная характеристика		А	100%	1	Пациент может выполнять работу по основной профессии в обычных условиях, но со снижением квалификации или уменьшением объема работы	Б	70-90%	2	Полная утрата трудоспособности, наличие абсолютных противопоказаний для любых видов профессиональной деятельности	В	40-60%	3	Пациент может выполнять работу по основной профессии, но в специально созданных условиях (спеццеха, надомный труд)	Г	10-30%	4	Незначительная стойкая утрата трудоспособности (менее 10%) - в таблице не указана, соответствует легким нарушениям функций	
Степень утраты трудоспособности		Клинико-экспертная характеристика																							
А	100%	1	Пациент может выполнять работу по основной профессии в обычных условиях, но со снижением квалификации или уменьшением объема работы																						
Б	70-90%	2	Полная утрата трудоспособности, наличие абсолютных противопоказаний для любых видов профессиональной деятельности																						
В	40-60%	3	Пациент может выполнять работу по основной профессии, но в специально созданных условиях (спеццеха, надомный труд)																						
Г	10-30%	4	Незначительная стойкая утрата трудоспособности (менее 10%) - в таблице не указана, соответствует легким нарушениям функций																						
5. Установите соответствие между показателем, оцениваемым при патолого-анатомическом вскрытии, и его определением.					А-2, Б-3, В-1, Г-4																				
<table><tr><th>Термин (показатель)</th><th>Определение</th></tr></table>					Термин (показатель)	Определение																			
Термин (показатель)	Определение																								

		<table> <tr> <td>А</td><td>Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов</td><td>1</td><td>Заболевание, которое непосредственно привело к смерти (самостоятельно или через свои осложнения)</td></tr> <tr> <td>Б</td><td>Категория расхождения диагноза</td><td>2</td><td>Несовпадение нозологической формы, указанной в клиническом диагнозе, с данными вскрытия по основному заболеванию</td></tr> <tr> <td>В</td><td>Непосредственная причина смерти</td><td>3</td><td>Оценка уровня и причины расхождения (I-III категории в зависимости от объективных и субъективных факторов)</td></tr> <tr> <td>Г</td><td>Фоновое заболевание</td><td>4</td><td>Заболевание, которое способствовало развитию и неблагоприятному течению основного заболевания</td></tr> </table>	А	Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов	1	Заболевание, которое непосредственно привело к смерти (самостоятельно или через свои осложнения)	Б	Категория расхождения диагноза	2	Несовпадение нозологической формы, указанной в клиническом диагнозе, с данными вскрытия по основному заболеванию	В	Непосредственная причина смерти	3	Оценка уровня и причины расхождения (I-III категории в зависимости от объективных и субъективных факторов)	Г	Фоновое заболевание	4	Заболевание, которое способствовало развитию и неблагоприятному течению основного заболевания	
А	Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов	1	Заболевание, которое непосредственно привело к смерти (самостоятельно или через свои осложнения)																
Б	Категория расхождения диагноза	2	Несовпадение нозологической формы, указанной в клиническом диагнозе, с данными вскрытия по основному заболеванию																
В	Непосредственная причина смерти	3	Оценка уровня и причины расхождения (I-III категории в зависимости от объективных и субъективных факторов)																
Г	Фоновое заболевание	4	Заболевание, которое способствовало развитию и неблагоприятному течению основного заболевания																
32	ОПК-6	Прочитайте текст и установите последовательность 1. Установите правильную последовательность действий врача-реаниматолога при проведении экспертизы временной нетрудоспособности пациента, выписывающегося из отделения. А. Заполнение соответствующих разделов в медицинской карте стационарного больного о сроках и причинах временной нетрудоспособности. Б. Определение ориентировочных сроков временной нетрудоспособности (с учетом клинических рекомендаций и тяжести состояния). В. Выдача пациенту листка нетрудоспособности (или его продолжения) при выписке. Г. Оценка клинического и трудового прогноза на момент выписки.	Г, Б, А, В																
		2. Расположите в хронологической последовательности этапы направления пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ) из отделения реанимации после перенесенного критического состояния. А. Проведение необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в отделении. Б. При наличии признаков стойкой утраты трудоспособности — оформление направления на МСЭ (форма 088/у). В. Выявление у пациента стойких нарушений функций организма, ограничений жизнедеятельности, требующих социальной защиты. Г. Утверждение направления врачебной комиссией медицинской организации.	А, В, Б, Г																
		3. Установите последовательность действий врачебной	Б, А, Г, В																

		комиссии при проведении экспертизы качества медицинской помощи в случае летального исхода в отделении реанимации. А. Сопоставление проведенного лечения с клиническими рекомендациями, стандартами и порядками оказания медицинской помощи. Б. Изучение медицинской документации (истории болезни, карты интенсивной терапии, протоколов врачебных комиссий). В. Оформление экспертного заключения с указанием выявленных дефектов (или их отсутствия) и рекомендаций. Г. Оценка своевременности и правильности установления клинического диагноза.	
		4. Расположите в правильном порядке категории расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов по степени значимости врачебных ошибок (от наиболее грубой ошибки к наименее значимой). А. III категория — заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном стационаре объективные возможности для правильной диагностики отсутствовали. Б. I категория — заболевание не было распознано на предыдущих этапах, а в данном стационаре диагноз был поставлен правильно. В. II категория — заболевание не было распознано в данном стационаре, хотя имелись объективные возможности для правильной диагностики.	В, А, Б — сначала ошибки данного стационара (II), затем ошибки предыдущих этапов (I и III), при этом внутри предыдущих этапов сначала отсутствие возможностей (III), затем их наличие (I)
		5. Установите последовательность действий врача-реаниматолога при оформлении направления на МСЭ пациента после тяжелого сепсиса с полиорганной недостаточностью. А. Описание степени выраженности стойких нарушений функций организма (дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной и др.). Б. Формулировка развернутого клинического диагноза с указанием основного заболевания, осложнений и сопутствующих заболеваний. В. Указание результатов проведенных реабилитационных мероприятий и реабилитационного прогноза. Г. Внесение сведений о характере и условиях труда пациента (профессия, должность, вредные факторы).	Б, А, В, Г
33	ОПК-6	Прочитайте задачу и дайте развернутый ответ 1. Пациент С., 45 лет, находился в отделении реанимации в течение 14 суток по поводу тяжелой сочетанной травмы (политравма), полученной в результате ДТП. Проводилась ИВЛ, массивная инфузионная и трансфузионная терапия, этапные оперативные вмешательства. На момент выписки из отделения реанимации в профильное отделение у пациента сохраняются: умеренные двигательные нарушения (парез левой нижней конечности), дыхательная недостаточность I степени (одышка при умеренной физической нагрузке), когнитивные нарушения (снижение памяти, внимания). Пациент работает водителем-дальнобойщиком. Вопрос: Каков порядок дальнейшего ведения пациента в отношении экспертизы трудоспособности? Определите ориентировочные сроки временной нетрудоспособности,	Экспертиза временной нетрудоспособности: Пациент выписывается из стационара с продолжением листка нетрудоспособности. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при тяжелой сочетанной травме составляют от 3-4 до 6-8 месяцев и более, в зависимости от характера

		необходимость направления на МСЭ и возможные экспертные решения.	повреждений и скорости восстановления функций. Трудовой прогноз: Профессия водителя предъявляет повышенные требования к координации, вниманию, скорости реакции. Имеющиеся нарушения (парез, дыхательная недостаточность, когнитивные нарушения) являются противопоказанием для возврата к данной профессии. Направление на МСЭ: При выписке из стационара пациент должен быть направлен на МСЭ в связи со стойкими нарушениями функций организма и неблагоприятным клинико-трудовым прогнозом. Оформляется направление по форме 088/у. Возможные экспертные решения МСЭ: Установление III группы инвалидности (при умеренных нарушениях функций, если пациент может работать в обычных условиях, но с исключением противопоказанных факторов — т.е. с переобучением или сменой профессии). Установление II группы инвалидности (при выраженных нарушениях функций, если пациент нуждается в специально созданных условиях труда или не может работать).
--	--	---	---

			Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах (40-60%) в связи с профессиональным заболеванием (если травма связана с исполнением трудовых обязанностей).
		2. При проведении экспертизы качества медицинской помощи в отделении реанимации экспертом выявлено: пациент К. с диагнозом "острый панкреатит, панкреонекроз" поступил через 6 часов от начала заболевания. Диагноз в приемном покое установлен правильно. Однако, согласно записям в карте интенсивной терапии, инфузионная терапия начата только через 2 часа после поступления в отделение, антибактериальная терапия (по клиническим рекомендациям должна быть начата в первые 1-2 часа) — через 6 часов. В динамике состояние пациента ухудшилось, развился септический шок, пациент переведен на ИВЛ. В историю болезни не вклеено информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Вопрос: Какие критерии оценки качества медицинской помощи нарушены? К какому виду дефектов относятся данные нарушения (по организации, по диагностике, по лечению, по ведению документации)? Какие меры могут быть приняты по результатам экспертизы?	Нарушенные критерии качества : По лечению: Нарушение сроков начала инфузионной терапии (должна быть начата безотлагательно при поступлении) и антибактериальной терапии (в первые 1-2 часа от поступления/диагностики). По ведению документации: Отсутствие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. По достижению результата: Развитие осложнения (септический шок), которое могло быть связано с поздним началом терапии (требуется анализ причинно-следственной связи). Вид дефектов: Дефекты организации лечебного процесса (позднее начало терапии). Дефекты оформления медицинской документации. Потенциально — дефекты лечения (если позднее начало повлияло на исход). Меры по результатам экспертизы: Составление

			экспертного заключения с описанием выявленных дефектов. Проведение врачебной комиссии для разбора случая. Дисциплинарное взыскание ответственным лицам. Разработка мероприятий по устранению подобных дефектов в будущем. Возможно применение финансовых санкций страховой компанией (при выявлении нарушений при экспертизе страхового случая).
		3 В отделении реанимации скончался пациент П., 70 лет, с диагнозом "инфаркт миокарда, кардиогенный шок". При патолого-анатомическом вскрытии выявлен разрыв аневризмы брюшного отдела аорты (основное заболевание), а инфаркт миокарда был следствием острой кровопотери и гипотензии. Вопрос: Имеется ли расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов? Если да, то какая категория расхождения устанавливается и почему? Какое заболевание следует считать основным, какое — осложнением, а какое — сопутствующим?.	Наличие расхождения: Да, имеется расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов, так как не совпадает нозологическая форма основного заболевания. Категория расхождения: Вероятнее всего, II категория. Заболевание (разрыв аневризмы аорты) не было распознано в стационаре, хотя имелись объективные возможности для правильной диагностики (жалобы, данные осмотра, инструментальные методы — УЗИ, КТ). Диагноз инфаркта миокарда был ошибочным. Структура диагноза по данным вскрытия: Основное заболевание: Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты. Осложнение основного заболевания: Острая

		массивная кровопотеря, геморрагический шок, острая коронарная недостаточность (инфаркт миокарда как следствие гипотензии), полиорганная недостаточность. Сопутствующее заболевание: Атеросклероз аорты, гипертоническая болезнь (способствовали развитию аневризмы).
	4. Пациент Д., 35 лет, военнослужащий, поступил в отделение реанимации с диагнозом "тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени, внутричерепная гематома". Травма получена в результате падения с высоты при исполнении служебных обязанностей. Проведено экстренное оперативное вмешательство (удаление гематомы). В послеоперационном периоде сохраняются грубые двигательные и речевые нарушения. Вопрос: Какие виды медицинских экспертиз потребуются данному пациенту? В чем заключается участие врача-реаниматолога в подготовке материалов для этих экспертиз? Каковы возможные экспертные решения?	Виды медицинских экспертиз: Военно-врачебная экспертиза — для определения категории годности к военной службе и причинной связи травмы (связана/не связана с исполнением служебных обязанностей). Медико-социальная экспертиза — для определения группы инвалидности и нуждаемости в реабилитации. Экспертиза временной нетрудоспособности — на этапе лечения в стационаре. Участие врача-реаниматолога: Детальное описание в медицинской карте тяжести состояния, неврологического статуса, объема проведенных реанимационных мероприятий и оперативных вмешательств. Оформление этапных и выписных эпикризов с четкой формулировкой диагноза, описанием исходов и прогноза. Подготовка справки о тяжести травмы и характере лечения для

			военно-врачебной комиссии. Участие в работе врачебной комиссии при направлении на МСЭ.
		5. Пациентка М., 60 лет, находилась на ИВЛ в отделении реанимации по поводу тяжелой полисегментарной пневмонии на фоне сахарного диабета 2 типа. Через 10 дней от начала ИВЛ состояние пациентки ухудшилось: лихорадка до 39°C, гнойный характер трахеального секрета, лейкоцитоз, на рентгенограмме — новые инфильтративные тени. Выделена полирезистентная <i>Klebsiella pneumoniae</i>. Лечение проводилось согласно клиническим рекомендациям. Пациентка скончалась. При патолого-анатомическом вскрытии подтвержден диагноз: основное — вирусно-бактериальная пневмония; осложнение — вентилятор-ассоциированная пневмония, вызванная <i>K. pneumoniae</i>, сепсис, полиорганная недостаточность. Вопрос: Будет ли в данном случае расцениваться развитие вентилятор-ассоциированной пневмонии как дефект оказания медицинской помощи? Ответ обоснуйте. Какие критерии качества оцениваются при летальном исходе?	Оценка ВАП как дефекта: Само по себе развитие вентилятор-ассоциированной пневмонии не является безусловным дефектом, так как это известное осложнение ИВЛ, особенно у тяжелых пациентов с отягощенным фоном (сахарный диабет). Для признания дефекта необходимо оценить: Проводилась ли профилактика ВАП (приподнятый головной конец, обработка полости рта, контроль давления в манжете, санация трахеи, своевременная смена контуров и др.). Была ли своевременная диагностика ВАП (при первых признаках ухудшения). Была ли адекватная коррекция антибактериальной терапии с учетом выделенного возбудителя и его чувствительности. Если все профилактические и лечебные мероприятия проводились в полном объеме, развитие ВАП может быть расценено как тяжесть состояния, а не дефект. Критерии качества при летальном исходе Наличие информированного добровольного согласия (или причин его отсутствия). Своевременность и

			правильность установления клинического диагноза. Соответствие лечебных мероприятий клиническим рекомендациям и стандартам. Отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией (здесь ВАП — прогнозируемое, но не всегда предотвратимое осложнение). Отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования или лечения. Проведение патолого-анатомического вскрытия. Отсутствие расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов (в данном случае расхождения нет).
34	ОПК-6	Прочитайте задание и дайте краткий ответ	
		1. Какой документ выдается пациенту при выписке из стационара, если он признан временно нетрудоспособным, и который служит основанием для освобождения от работы?	Листок нетрудоспособности / Больничный лист
		2. Как называется комиссия, которая принимает решение о наличии у пациента стойкой утраты трудоспособности и установлении группы инвалидности?	Медико-социальная экспертиза (МСЭ) / Врачебно-трудовая экспертная комиссия (ВТЭК)
		3. В течение какого времени (в часах) должен быть установлен предварительный диагноз врачом отделения реанимации пациенту, поступившему по экстренным показаниям?	2 часа
		4. Какой вид экспертизы определяет причинную связь увечья, заболевания у военнослужащего с исполнением им обязанностей военной службы	Военно-врачебная экспертиза
35	ОПК-6	5. Как называется несовпадение нозологической формы, указанной в клиническом диагнозе, с данными, установленными при патолого-анатомическом вскрытии?	Расхождение клинического и патолого-анатомического диагнозов
		Прочитайте текст и выберите правильный ответ	
		1. Кто имеет право выдавать листки нетрудоспособности в медицинской организации?	Б

	А) Любой врач, имеющий лицензию на медицинскую деятельность Б) Только лечащие врачи, прошедшие обучение по экспертизе временной нетрудоспособности В) Только заведующие отделениями Г) Только врачебная комиссия	
	2. На какой максимальный срок может быть выдан первичный листок нетрудоспособности лечащим врачом единолично? А) До 10 дней Б) До 15 дней В) До 30 дней Г) До 60 дней	Б
	3. При каком сроке непрерывной временной нетрудоспособности обычно решается вопрос о направлении пациента на МСЭ? А) Более 2 месяцев Б) Более 4 месяцев В) Более 6 месяцев Г) Более 12 месяцев	Б
	4. Что является целью медико-социальной экспертизы? А) Определение сроков временной нетрудоспособности Б) Определение потребности лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию В) Оценка качества оказанной медицинской помощи Г) Определение причины смерти	Б
	5. Какая группа инвалидности устанавливается при выраженных нарушениях функций организма, приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности, но при сохранении способности к самообслуживанию? А) I группа Б) II группа В) III группа Г) Инвалидность не устанавливается	Б
	6. Какая группа инвалидности характеризуется способностью к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях, но с ограничениями по квалификации или объему работы? А) I группа Б) II группа В) III группа Г) Инвалидность не устанавливается	В
	7. Кто утверждает критерии оценки качества медицинской помощи в Российской Федерации? А) Федеральный фонд ОМС Б) Министерство здравоохранения РФ В) Росздравнадзор Г) Правительство РФ	Б
	8. В течение какого времени с момента поступления пациента в профильное отделение должен быть установлен клинический диагноз при плановой госпитализации? А) 24 часа Б) 48 часов В) 72 часа Г) 7 дней	В
	9. В течение какого времени с момента поступления	В

	пациента в стационар по экстренным показаниям должен быть установлен клинический диагноз? А) 2 часа Б) 12 часов В) 24 часа Г) 48 часов	
	10. Как часто заведующий отделением реанимации должен осматривать пациента (при отсутствии особых показаний) согласно критериям качества? А) Ежедневно Б) Не реже 1 раза в 48 часов (рабочие дни) с момента поступления, далее не реже 1 раза в неделю В) 1 раз в 3 дня Г) Только при поступлении и выписке	Б
	11. Что из перечисленного относится к дефектам оформления медицинской документации? А) Позднее начало антибактериальной терапии Б) Отсутствие информированного добровольного согласия В) Развитие внутрибольничной инфекции Г) Неправильная интерпретация рентгенограммы	Б
	12. К какому виду ответственности может быть привлечен врач за нарушение правил выдачи листов нетрудоспособности? А) Только дисциплинарной Б) Только административной В) Дисциплинарной, административной или уголовной в зависимости от тяжести Г) Никакой ответственности не предусмотрено	В
	13. Какое заболевание считается основным при формулировке патолого-анатомического диагноза? А) Заболевание, которое само по себе или через свои осложнения привело к смерти Б) Наиболее тяжелое сопутствующее заболевание В) Заболевание, которое было диагностировано первым Г) Заболевание, которое дольше всего лечили	А
	14. Какая категория расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов устанавливается, если заболевание не было распознано в данном стационаре, но имелись объективные возможности для его диагностики? А) I категория Б) II категория В) III категория Г) Расхождение не устанавливается	Б
	15. Какая категория расхождения диагнозов считается наиболее грубой ошибкой стационара? А) I категория Б) II категория В) III категория Г) Все категории равноценны	Б
	16. Имеют ли право члены врачебной комиссии знакомиться с первичной медицинской документацией при проведении экспертизы качества? А) Нет, только с выписными эпикризами Б) Да, в полном объеме В) Да, но только с разрешения суда Г) Только с разрешения пациента	Б

	17. Что такое "стойкая утрата трудоспособности"? А) Утрата трудоспособности на срок более 4 месяцев Б) Необратимая утрата функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и требующая социальной защиты В) Утрата трудоспособности на срок более 12 месяцев Г) Любая утрата трудоспособности, связанная с профессиональным заболеванием	Б
	18. Кто принимает решение о продлении листка нетрудоспособности свыше 15 дней? А) Лечащий врач единолично Б) Заведующий отделением В) Врачебная комиссия Г) Медико-социальная экспертиза	В
	19. Какая степень утраты профессиональной трудоспособности устанавливается при полной утрате способности к любому труду? А) 100% Б) 90% В) 80% Г) 70%	А
	20. В каком документе фиксируются критерии оценки качества медицинской помощи по конкретным заболеваниям и состояниям? А) В паспорте отделения Б) В должностных инструкциях В) В клинических рекомендациях и приказах Минздрава Г) В трудовом договоре врача	В
	21. Является ли внутрибольничная инфекция безусловным показателем низкого качества медицинской помощи? А) Да, всегда Б) Нет, требуется анализ причин и обстоятельств В) Да, если это инфекция, вызванная полирезистентной флорой Г) Нет, это нормальное явление	Б
	22. Кто осуществляет контроль за деятельностью врачебных комиссий медицинских организаций? А) Только Росздравнадзор Б) Орган управления здравоохранением субъекта РФ и Росздравнадзор В) Только страховая компания Г) Никто, комиссии работают автономно	Б
	23. В каком случае пациент может быть признан инвалидом без срока переосвидетельствования (бессрочно)? А) При достижении пенсионного возраста Б) При наличии анатомических дефектов или необратимых морфологических изменений, подтвержденных данными обследования В) При любой I группе инвалидности Г) По желанию пациента	Б
	24. Что проверяется при экспертизе временной нетрудоспособности в первую очередь? А) Правильность оформления листка нетрудоспособности Б) Обоснованность сроков освобождения от работы В) Наличие печатей и штампов Г) Соответствие диагноза в листке и медицинской карте	Б

		25. Имеет ли право врач-реаниматолог единолично продлить листок нетрудоспособности до 30 дней? А) Да, если пациент находится на лечении в его отделении Б) Нет, с 16-го дня только по решению врачебной комиссии В) Да, но только при тяжелых состояниях Г) Нет, реаниматологи не выдают листки нетрудоспособности	Б								
		26. Что означает "III категория сложности" при проведении судебно-медицинской экспертизы? А) Наиболее простые случаи Б) Экспертизы, требующие комиссионного проведения с участием нескольких специалистов В) Экспертизы трупов Г) Экспертизы по материалам дела	Б								
		27. Какая степень тяжести вреда здоровью устанавливается при незначительной стойкой утрате общей трудоспособности (менее 10%)? А) Тяжкий вред Б) Средней тяжести вред В) Легкий вред Г) Вред не причинен	В								
		28. Кто подписывает направление на МСЭ (форма 088/у)? А) Только лечащий врач Б) Только заведующий отделением В) Члены врачебной комиссии и руководитель медицинской организации Г) Сам пациент	В								
		29. В каком разделе медицинской карты стационарного больного фиксируются результаты осмотра заведующего отделением? А) В титульном листе Б) В дневниковых записях или специальном листе осмотров заведующего В) В температурном листе Г) В выписном эпикризе	Б								
		30. Какое решение принимает врачебная комиссия при выявлении грубых дефектов лечения, приведших к ухудшению состояния пациента? А) Никакого, это компетенция страховой компании Б) О проведении служебной проверки и применении дисциплинарных мер В) О немедленном увольнении виновного врача Г) О направлении материалов в правоохранительные органы	Б								
36	ОПК-8	Прочитайте текст и установите соответствие 1. Установите соответствие между формой первичной медицинской документации в отделении реанимации и ее предназначением согласно унифицированным формам. <table><tr><th colspan="2">Форма документа</th><th colspan="2">Основное предназначение</th></tr><tr><td>А</td><td>Карта (протокол) интенсивной терапии и мониторинга</td><td>1</td><td>Фиксация результатов предоперационного осмотра и определение планируемого вида анестезиологического пособия</td></tr></table>	Форма документа		Основное предназначение		А	Карта (протокол) интенсивной терапии и мониторинга	1	Фиксация результатов предоперационного осмотра и определение планируемого вида анестезиологического пособия	А-2, Б-1, В-3, Г-4
Форма документа		Основное предназначение									
А	Карта (протокол) интенсивной терапии и мониторинга	1	Фиксация результатов предоперационного осмотра и определение планируемого вида анестезиологического пособия								

		Б	Предоперационный осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом	2	Хронологически точная регистрация выполненных назначений, показателей гемодинамики, дыхания, водного баланса в реальном времени	
		В	Протокол анестезиологического пособия	3	Отражение сведений о проведенном оперативном вмешательстве, параметрах ИВЛ, гидробалансе и пробуждении пациента	
		Г	Лист регистрации трансфузии	4	Фиксация сведений о переливании донорской крови и ее компонентов	
2. Установите соответствие между показателем работы реанимационного отделения и методом его расчета.						А-2, Б-3, В-1, Г-4
		Показатель		Формула расчета		
А	Средняя длительность пребывания пациента на реанимационной койке	1	$(\text{Число умерших в отделении} / \text{Число выбывших пациентов}) \times 100\%$			
Б	Оборот койки	2	Число койко-дней, проведенных пациентами / Число пролеченных пациентов			
В	Летальность в отделении	3	Число пролеченных пациентов / Среднегодовое число коек			
Г	Занятость койки (работа койки) в году	4	Число койко-дней, проведенных пациентами / Среднегодовое число коек			
3. Установите соответствие между категорией медицинского персонала и их основными обязанностями в организации работы отделения.						А-3, Б-2, В-1, Г-4
		Категория персонала		Основные обязанности		
А	Заведующий отделением	1	Составление графика работы среднего и младшего медперсонала, контроль за санитарно-эпидемиологическим режимом			
Б	Врач-анестезиолог-	2	Обеспечение бесперебойной работы			

			реаниматолог		медицинской аппаратуры, контроль за расходными материалами	
		В	Старшая медицинская сестра	3	Осуществление руководства деятельностью отделения, анализ работы за отчетный период, представление отчета	
		Г	Медицинская сестра-анестезист	4	Подготовка рабочего места, аппаратуры и медикаментов к проведению анестезии, ассистирование врачу	
4. Установите соответствие между разделом годового отчета отделения реанимации (форма 30) и содержащейся в нем информацией.						А-2, Б-1, В-3, Г-4
		Раздел отчета		Содержание раздела		
	А	Сведения о коечном фонде	1	Число пролеченных пациентов, проведенных койко-дней, сведения о летальности		
	Б	Сведения о движении пациентов	2	Обеспеченность населения реанимационными койками, число коек на начало и конец года		
	В	Сведения о деятельности отделения	3	Число операций под анестезией, виды анестезий, число вентиляционных дней		
	Г	Сведения о кадрах	4	Численность врачей и среднего медперсонала, укомплектованность штатов		
5. Установите соответствие между этапом ведения медицинской документации и требованием к его выполнению.						А-2, Б-3, В-1, Г-4
		Этап		Требование		
	А	Заполнение карты интенсивной терапии	1	Заверение усиленной квалифицированной электронной подписью врача		
	Б	Исправление ошибочной записи в бумажной истории болезни	2	Хронологически точная регистрация показателей в реальном масштабе времени		
	В	Внесение записи в электронную медицинскую карту	3	Зачеркивание одной чертой, чтобы оставалось читаемым, с пометкой "исправленному верить" и подписью врача		
	Г	Передача	4	Фиксация времени		

			дежурства		смены, причины замены, проверка тождественности полученных результатов	
37	ОПК-8	Прочитайте текст и установите последовательность				
		1. Установите правильную последовательность этапов статистической обработки данных о работе отделения реанимации для составления годового отчета. А. Расчет показателей деятельности (средняя длительность лечения, летальность, оборот койки). Б. Сбор первичной информации из медицинских карт, журналов учета и электронной базы данных. В. Сравнение полученных показателей с аналогичными за предыдущие периоды и среднестатистическими показателями. Г. Группировка и систематизация данных по разделам отчета (коечный фонд, движение пациентов, пролеченные нозологии).				Б, Г, А, В
		2. Расположите в хронологической последовательности действия врача-анестезиолога-реаниматолога при поступлении пациента в отделение. А. Заполнение формализованного бланка осмотра при поступлении в ОРИТ. Б. Регистрация пациента в журнале учета приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у). В. Назначение плана обследования и лечения в листе назначений карты интенсивной терапии. Г. Оценка тяжести состояния, объема необходимых реанимационных мероприятий и мониторинга.				Б, Г, А, В
		3. Установите последовательность действий при передаче пациента, находящегося на ИВЛ, от одной дежурной смены другой. А. Совместная проверка тождественности полученных результатов основных параметров жизнедеятельности и показателей мониторинга. Б. Устное информирование о динамике состояния, особенностях течения анестезии, возможных трудностях и планируемом подходе к лечению. В. Регистрация в протоколе анестезии времени и причины замены. Г. Представление замещающего врача пациенту (при сохраненном сознании).				Г, Б, А, В
		4. Расположите этапы составления плана работы отделения реанимации на предстоящий год. А. Определение потребности в дополнительном оборудовании, расходных материалах и лекарственных средствах. Б. Анализ показателей работы за предыдущий год (летальность, длительность лечения, структура патологии). В. Разработка плана повышения квалификации сотрудников и внедрения новых методик. Г. Формулирование целей и задач на предстоящий период с учетом выявленных проблем.				Б, Г, А, В
		5. Установите последовательность мероприятий по организации внутреннего контроля качества медицинской помощи в отделении реанимации при разборе летального случая.				В, Б, Г, А

		А. Оформление экспертного заключения с указанием выявленных дефектов (или их отсутствия) и рекомендаций. Б. Изучение медицинской документации, сопоставление проведенного лечения с клиническими рекомендациями. В. Доклад лечащего врача на врачебной комиссии о клиническом случае. Г. Проверка своевременности и правильности установления клинического диагноза.	
38	ОПК-8	Прочитайте задачу и дайте развёрнутый ответ 1. Вы — заведующий отделением реанимации многопрофильного стационара. При анализе статистических данных за первое полугодие выявлено, что средняя длительность пребывания пациентов в отделении увеличилась с 7,5 до 9,2 дня, а летальность выросла с 30,2% до 46,9% при одновременном снижении оборота койки с 36,1 до 26,9. При этом обеспеченность койками и уровень госпитализации остались прежними . Вопрос: Какие факторы могли повлиять на изменение данных показателей? Предложите план мероприятий по анализу сложившейся ситуации и возможные управленческие решения для улучшения показателей.	Возможные факторы: Изменение тяжести состояния поступающих пациентов (больше пациентов с крайне тяжелым течением, полиорганной недостаточностью). Увеличение доли пациентов, требующих продленной ИВЛ и сложных методов экстракорпоральной поддержки. Возможные проблемы с маршрутизацией (позднее поступление пациентов с уже развившимися осложнениями). Дефекты лечебно-диагностического процесса, требующие анализа. Изменение профиля коек или структуры отделения. План мероприятий: Детальный анализ структуры летальности: Распределение умерших по нозологиям, возрасту, срокам пребывания, причинам смерти. Разбор каждого летального случая на врачебной комиссии с оценкой качества оказанной помощи. Анализ своевременности госпитализации и адекватности догоспитального этапа.

		Оценка работы с тяжелыми пациентами: Проверка соблюдения клинических рекомендаций, своевременности назначения терапии. Анализ работы с пациентами с продленной ИВЛ (возможно, именно они увеличивают длительность пребывания). Управленческие решения: Корректировка маршрутизации пациентов (более ранняя госпитализация тяжелых больных). Внедрение или усиление протоколов лечения наиболее тяжелых состояний (сепсис, ОРДС, полиорганная недостаточность). Оптимизация работы с паллиативными пациентами (при наличии показаний — перевод в хосписы или отделения сестринского ухода). Дополнительное обучение персонала работе с тяжелыми категориями пациентов.
	2. При плановой проверке Росздравнадзором выявлены следующие нарушения в ведении медицинской документации отделения реанимации: отсутствие информированного добровольного согласия у 3 пациентов, поступивших по экстренным показаниям в бессознательном состоянии; исправления в картах интенсивной терапии, не заверенные подписью врача; отсутствие в историях болезни вклеенных формализованных бланков осмотров заведующего отделением за последний месяц . Вопрос: Каковы требования нормативных документов к данным разделам документации? Предложите план устранения выявленных нарушений и меры по их профилактике.	Требования нормативных документов: Информированное добровольное согласие (ИДС): При экстренных состояниях, когда пациент не способен выразить свою волю, вопрос решается консилиумом, а при его невозможности — лечащим (дежурным) врачом с последующим уведомлением

			администрации. ИДС оформляется, как только состояние пациента позволяет его получить (ст. 20 ФЗ-323). Исправления в документации: Исправления допускаются только путем зачеркивания одной чертой (чтобы зачеркнутое читалось), с пометкой "исправленному верить", подписью врача и датой. Использование корректора или нечитаемое зачеркивание недопустимы . Осмотры заведующего: Заведующий отделением должен осматривать пациентов не реже 1 раза в 48 часов (рабочие дни) с момента поступления. Результаты осмотра фиксируются в дневниковых записях или специальных листах осмотров. План устранения нарушений: Провести служебное расследование по факту отсутствия ИДС. Организовать внеочередное собрание отделения с разбором нарушений. Провести инструктаж всех врачей о правилах оформления медицинской документации. Привести в порядок документацию задним числом (там, где это возможно, с соблюдением правил исправлений). Меры профилактики: Разработать памятку (алгоритм) для
--	--	--	---

		дежурных врачей о порядке действий при поступлении экстренных пациентов без сознания (оформление протокола консилиума). Ввести еженедельный контроль со стороны заведующего и старшей медсестры за качеством ведения документации. Проводить регулярные занятия с персоналом по правилам ведения медицинской документации согласно Приказу № 530н.
	3. В отделении реанимации работает 10 врачей и 25 медицинских сестер. Заведующий отделением должен составить график работы на следующий месяц с учетом: круглосуточных дежурств (врачи работают по 12-часовым сменам), необходимости обеспечения не менее 3 врачей в дневное время и 1 врача ночью, плановых отпусков (2 врача в отпуске), дней повышения квалификации (1 врач на цикл) и выходных дней согласно Трудовому кодексу. Вопрос: Каков порядок составления графика работы? Какие факторы необходимо учесть при расстановке кадров? Какой документ регламентирует продолжительность рабочего времени медицинских работников?	Порядок составления графика работы: Определить фактическое число врачей, доступных для работы (10 - 2 (отпуск) - 1 (цикл) = 7 врачей). Рассчитать потребность в сменах на месяц (30 дней × 1 ночная смена = 30 ночных смен; 30 дней × 3 дневные смены = 90 дневных смен; итого 120 врачебных смен в месяц). Определить среднюю нагрузку на одного врача (120 смен / 7 врачей ≈ 17 смен в месяц на одного врача). Распределить смены равномерно, обеспечивая чередование дневных и ночных смен, выходные дни. Факторы, которые необходимо учесть: Квалификация и опыт врачей (сочетание опытных и молодых специалистов в смене). Запрет на работу в течение двух смен

			подряд. Право на ежегодный оплачиваемый отпуск (28 дней). Сокращенная продолжительность рабочего времени для медицинских работников (не более 39 часов в неделю). Особые пожелания сотрудников (по возможности). Регламентирующий документ: Трудовой кодекс РФ (глава 52, ст. 350 — сокращенная продолжительность рабочего времени для медицинских работников).
		4. Медицинская сестра-анестезистка допустила ошибку при подготовке наркозно-дыхательного аппарата к операции: не проверила наличие углекислотного абсорбента в контуре, что привело к гиперкапнии у пациента во время наркоза (состояние было своевременно выявлено и скорректировано анестезиологом без серьезных последствий). Вопрос: Каков порядок действий заведующего отделением в данной ситуации? Какие меры дисциплинарного воздействия могут быть применены к медицинской сестре? Как организовать профилактику подобных ошибок в будущем?	Порядок действий заведующего: Немедленное реагирование: Выяснение обстоятельств происшествия у всех участников (врача-анестезиолога, медсестры-анестезистки). Оформление служебной записки на имя главного врача о факте нарушения. Создание комиссии для служебного расследования (с участием старшей медсестры, заместителя главного врача). Затребование объяснительной записки от медицинской сестры. Разбор случая на врачебной конференции или собрании отделения. Меры дисциплинарного воздействия (ст. 192 ТК РФ): Замечание. Выговор.

			Увольнение по соответствующим основаниям (при грубых или повторных нарушениях). Профилактика: Внедрение чек-листов преднаркозной подготовки аппаратуры с обязательной росписью ответственного лица. Дополнительный инструктаж всего персонала о правилах подготовки наркозно-дыхательной аппаратуры. Разработка стандартной операционной процедуры (СОП) "Подготовка наркозно-дыхательного аппарата к работе". Усиление контроля со стороны старшей медсестры и врачей за действиями среднего медперсонала.
		5. Вы — заведующий отделением реанимации. Вам необходимо подготовить отчет о деятельности отделения за квартал для представления в вышестоящий орган управления здравоохранением. В вашем распоряжении имеются следующие данные: число пролеченных пациентов — 180, число койко-дней — 1656, число умерших — 12, среднегодовое число коек — 6, число пациентов, находившихся на ИВЛ — 45, общее количество дней ИВЛ — 270. Вопрос: Рассчитайте основные показатели деятельности отделения: среднюю длительность пребывания, летальность, оборот койки, занятость койки, частоту применения ИВЛ и среднюю длительность ИВЛ. Оформите краткое заключение о работе отделения.	Средняя длительность пребывания = $\frac{\text{Число койко-дней}}{\text{Число пролеченных пациентов}} = \frac{1656}{180} = 9,2$ дня. Летальность = $\frac{\text{Число умерших}}{\text{Число пролеченных}} \times 100\% = \frac{12}{180} \times 100\% = 6,7\%$. Оборот койки = $\frac{\text{Число пролеченных}}{\text{Среднегодовое число коек}} = \frac{180}{6} = 30$ (за квартал). В пересчете на год: $30 \times 4 = 120$ (годовой оборот). Занятость койки (работа койки за квартал) = $\frac{\text{Число койко-дней}}{\text{Среднегодовое число коек}} = \frac{1656}{6} = 276$ дней (за квартал). Частота применения

			ИВЛ = $\left(\frac{\text{Число пациентов на ИВЛ}}{\text{Число пролеченных}} \right) \times 100\% = \left(\frac{45}{180} \right) \times 100\% = 25\%$. Средняя длительность ИВЛ = $\frac{\text{Общее количество дней ИВЛ}}{\text{Число пациентов на ИВЛ}} = \frac{270}{45} = 6$ дней. Заключение: За отчетный квартал в отделении реанимации пролечено 180 пациентов со средней длительностью пребывания 9,2 дня. Летальность составила 6,7%, что соответствует среднестатистическим показателям для отделений данного профиля. Коечный фонд использовался интенсивно (занятость койки 276 дней за квартал, оборот койки 30). Каждый четвертый пациент (25%) нуждался в респираторной поддержке со средней длительностью ИВЛ 6 дней. Отделение работает стабильно, показатели соответствуют плановым.
39	ОПК-8	Прочитайте задание и дайте краткий ответ 1. Какой документ регламентирует унифицированные формы медицинской документации, используемые в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, с 1 марта 2023 года? 2. Какой показатель рассчитывается как отношение числа пролеченных пациентов к среднегодовому числу коек? 3. В течение какого времени (в часах) заведующий отделением реанимации должен осмотреть пациента, поступившего в отделение, согласно критериям оценки качества? 4. Как называется документ, в котором врач-реаниматолог ежедневно или каждые 6-12 часов определяет перечень назначений для выполнения палатной медсестрой? 5. Какая продолжительность рабочей недели установлена Трудовым кодексом РФ для медицинских работников?	Приказ Минздрава России № 530н от 05.08.2022 Оборот койки 48 часов (в рабочие дни с момента поступления) Лист назначений (в составе карты интенсивной терапии и мониторинга) Не более 39 часов

40	ОПК-8	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	
		1. Кто осуществляет непосредственное руководство деятельностью отделения анестезиологии-реанимации? А) Главный врач Б) Заведующий отделением В) Старшая медицинская сестра Г) Заместитель главного врача по лечебной работе	Б
		2. Какой документ является первичной формой документации для регистрации показателей гемодинамики, дыхания и водного баланса в реальном времени? А) История болезни (форма 003/у) Б) Карта (протокол) интенсивной терапии и мониторинга В) Статистическая карта выбывшего из стационара Г) Журнал учета приема больных	Б
		3. Как часто врач-реаниматолог должен фиксировать динамическое наблюдение в карте интенсивной терапии (при отсутствии отдельного бланка наблюдения)? А) Не реже чем через 6-8 часов Б) 1 раз в сутки В) 1 раз в 3 дня Г) Только при ухудшении состояния	А
		4. Каким способом допускается исправление ошибки в медицинской документации? А) С помощью корректора (замазки) Б) Путем зачеркивания одной чертой с пометкой "исправленному верить" и подписью врача В) Путем заклеивания новым листом Г) Путем полного зачеркивания, чтобы текст не читался	Б
		5. Что относится к функциям заведующего отделением реанимации? А) Проведение анестезиологических пособий Б) Уборка помещений В) Контроль качества ведения медицинской документации Г) Снабжение продуктами питания	В
		6. Какой показатель отражает эффективность использования коечного фонда? А) Число врачей в отделении Б) Оборот койки В) Количество операций Г) Расход лекарственных средств	Б
		7. Какой документ заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом при предоперационном осмотре? А) Протокол операции Б) Предоперационный осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом В) Карта выбывшего из стационара Г) Направление на МСЭ	Б
		8. Что указывается в строке "Оценка операционно-анестезиологического риска" при предоперационном осмотре? А) Пожелания пациента Б) Вид планируемой анестезии В) Количество баллов по шкале оценки риска Г) Результаты анализов крови	В
		9. Какова минимальная продолжительность ежегодного отпуска заведующего отделением?	Б

	А) 14 календарных дней Б) 28 календарных дней В) 42 календарных дня Г) 56 календарных дней	
	10. Какая информация отражается в разделе "Гидробаланс" протокола анестезиологического пособия? А) Показатели гемоглобина Б) Частота сердечных сокращений В) Температура тела Г) Объем кровопотери, введенных растворов и диуреза	Г
	11. Кто утверждает график работы сотрудников отделения реанимации? А) Главный врач Б) Заведующий отделением по согласованию с профсоюзным комитетом В) Старшая медицинская сестра Г) Отдел кадров	Б
	12. Что такое "внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности"? А) Проверка Росздравнадзора Б) Страховой контроль В) Система мероприятий, проводимых внутри организации для оценки качества помощи Г) Общественный контроль	В
	13. Какой документ является основанием для освобождения от работы пациента после выписки из стационара? А) Выписной эпикриз Б) Листок нетрудоспособности В) Справка о лечении Г) Направление на МСЭ	Б
	14. Какая информация вносится в строку "Пробуждение" протокола анестезиологического пособия? А) Время окончания операции Б) Сведения о пробуждении, оценка по шкалам, восстановление сознания и дыхания В) Название наркозного аппарата Г) ФИО анестезиста	Б
	15. Кто осуществляет контроль за выполнением должностных обязанностей медицинским персоналом отделения? А) Заведующий отделением и старшая медицинская сестра Б) Только главный врач В) Только старшая медицинская сестра Г) Пациенты и их родственники	А
	16. Что относится к статистической информации о деятельности отделения реанимации? А) Номера телефонов сотрудников Б) Показатели летальности В) Адреса пациентов Г) Состав врачебной комиссии	Б
	17. Как часто должен повышать квалификацию заведующий отделением? А) 1 раз в год Б) По желанию В) 1 раз в 10 лет Г) Не реже 1 раза в 5 лет	Г

	18. Что должно быть зарегистрировано в протоколе анестезии при замене анестезиолога? А) Только фамилия нового врача Б) Время (часы, минуты) и причина замены В) Мнение пациента о замене Г) Наличие свободных мест в отделении	Б
	19. Какое образование должен иметь заведующий отделением анестезиологии-реанимации? А) Среднее медицинское Б) Высшее немедицинское В) Высшее медицинское и сертификат специалиста по анестезиологии-реаниматологии Г) Любое высшее	В
	20. Какой раздел включает формализованный бланк наблюдения больного в ОИТР? А) Мониторинг, респираторная терапия, кардио- и вазоактивные препараты Б) Меню питания В) График дежурств Г) Состав родственников	А
	21. Что отражает показатель "средняя длительность пребывания пациента на реанимационной койке"? А) Эффективность лечения Б) Интенсивность использования коечного фонда В) Качество питания Г) Уровень заработной платы	Б
	22. Кто имеет право подписывать направление на МСЭ от имени медицинской организации? А) Только лечащий врач Б) Только заведующий отделением В) Члены врачебной комиссии и руководитель организации Г) Медицинский регистратор	В
	23. Какие данные вносятся в строку "Мониторинг жизненно-важных функций организма" в предоперационном осмотре? А) Параметры, подлежащие мониторингованию в ходе анестезии Б) Показатели анализов за прошлый год В) Сведения о месте работы пациента Г) Данные о наследственности	А
	24. Какая продолжительность смены считается нормальной для врача-реаниматолога при 12-часовом рабочем дне? А) 8 часов Б) 12 часов В) 24 часа Г) 6 часов	Б
	25. Что необходимо сделать при переводе пациента в другое отделение? А) Выдать ему направление на МСЭ Б) Оформить переводной эпикриз В) Выписать рецепт на лекарства Г) Отдать медицинскую карту пациенту на руки	Б
	26. Какая информация отражается в карте проведения анестезиологического пособия? А) Характеристика параметров, этапы анестезии, отметка	А

		об этапах операции Б) Сведения о зарплате персонала В) График работы операционной Г) Состав хирургической бригады																					
		27. Кто несет ответственность за соблюдение трудового законодательства в отделении? А) Только главный врач Б) Заведующий отделением В) Профсоюзный комитет Г) Инспекция по труду	Б																				
		28. Что включает понятие "организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала"? А) Только составление графика работы Б) Контроль выполнения должностных обязанностей, расстановку кадров, обеспечение трудовой дисциплины В) Только повышение квалификации Г) Только выплату заработной платы	Б																				
		29. Какой приказ Минздрава России утвердил новые унифицированные формы медицинской документации, вступившие в силу с 1 марта 2023 года? А) Приказ № 919н от 15.11.2012 Б) Приказ № 554н от 27.08.2018 В) Приказ № 530н от 05.08.2022 Г) Приказ № 323-ФЗ	В																				
		30. Какова оптимальная частота проведения анализа работы отделения реанимации заведующим? А) 1 раз в год Б) 1 раз в 5 лет В) Ежеквартально (за квартал, полугодие, год) Г) Только при проверках	В																				
41	ПК-1	Прочитайте текст и установите соответствие																					
		1. Установите соответствие между фактором, влияющим на безопасность при оказании помощи вне медицинской организации, и его содержанием согласно концепции STEPS. <table><tr><th colspan="2">Компонент STEPS</th><th colspan="2">Содержание</th></tr><tr><td>А</td><td>Self (Себя)</td><td>1</td><td>Оснащение автомобиля, наличие связи, время суток, погодные условия</td></tr><tr><td>Б</td><td>Team (Команда)</td><td>2</td><td>Анатомические и физиологические особенности пациента, определяющие тактику</td></tr><tr><td>В</td><td>Environment (Среда)</td><td>3</td><td>Распределение ролей, взаимодействие, уровень подготовки ассистентов</td></tr><tr><td>Г</td><td>Patient (Пациент)</td><td>4</td><td>Оценка собственных навыков, усталость, психологическое состояние врача</td></tr></table>	Компонент STEPS		Содержание		А	Self (Себя)	1	Оснащение автомобиля, наличие связи, время суток, погодные условия	Б	Team (Команда)	2	Анатомические и физиологические особенности пациента, определяющие тактику	В	Environment (Среда)	3	Распределение ролей, взаимодействие, уровень подготовки ассистентов	Г	Patient (Пациент)	4	Оценка собственных навыков, усталость, психологическое состояние врача	А-4, Б-3, В-1, Г-2
Компонент STEPS		Содержание																					
А	Self (Себя)	1	Оснащение автомобиля, наличие связи, время суток, погодные условия																				
Б	Team (Команда)	2	Анатомические и физиологические особенности пациента, определяющие тактику																				
В	Environment (Среда)	3	Распределение ролей, взаимодействие, уровень подготовки ассистентов																				
Г	Patient (Пациент)	4	Оценка собственных навыков, усталость, психологическое состояние врача																				
		2. Установите соответствие между этапом медицинской эвакуации и действиями врача-анестезиолога-реаниматолога. <table><tr><th>Этап эвакуации</th><th>Действия врача</th></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	Этап эвакуации	Действия врача			А-2, Б-4, В-1, Г-3																
Этап эвакуации	Действия врача																						

			А	Подготовка к транспортировке	1	Мониторинг жизненно важных функций, коррекция инфузионной терапии, ИВЛ	
			Б	Погрузка в автомобиль	2	Оценка стабильности пациента, определение показаний к интубации перед выездом	
			В	Транспортировка	3	Выбор профиля медицинской организации (травмоцентр, сосудистый центр)	
			Г	Маршрутизация	4	Обеспечение фиксации эндотрахеальной трубки, катетеров, дренажей при перемещении	
			3. Установите соответствие между критическим состоянием и особенностью анестезиологического обеспечения вне стационара.				
		Состояние		Особенность обеспечения			
		А	Тяжелая черепно-мозговая травма	1	Поддержание среднего АД ≥ 65 мм рт.ст. на фоне инфузионной терапии и вазопрессоров		
		Б	Геморрагический шок	2	Применение кетамина для предотвращения вторичного ишемического повреждения		
		В	Травма шейного отдела позвоночника	3	Сбалансированная анестезия с титрацией опиоидов и бензодиазепинов		
		Г	Острый коронарный синдром	4	Обеспечение ручной иммобилизации головы при интубации трахеи	А-3, Б-2, В-4, Г-1	
		4. Установите соответствие между методом обеспечения проходимости дыхательных путей и показанием к его применению вне стационара.					
		Метод		Показание			
		А	Ларингеальная маска	1	Невозможность интубации трахеи, отсутствие сознания, необходимость вентиляции "спасательным" устройством		
		Б	Интубация трахеи методом быстрой последовательности	2	Полный желудок, риск аспирации, необходимость надежной изоляции дыхательных путей		
		В	Коникотомия	3	Кратковременная вентиляция при		

				относительной стабильности, невозможность или неудача интубации		
		Г	Комбитьюб	4	Невозможность интубации и вентиляции маской ("не интубирую, не вентилирую")	
		5. Установите соответствие между осложнением при оказании помощи вне стационара и методом его профилактики/коррекции.				А-1, Б-2, В-3, Г-4
		Осложнение		Метод коррекции		
		А	Гипотензия после индукции анестезии	1	Применение кетамина или этомидата вместо пропофола	
		Б	Гипоксемия при попытке интубации	2	Преоксигенация 100% кислородом в течение 3-4 минут	
		В	Аспирация желудочного содержимого	3	Прием Селлика, быстрое начало интубации, санация дыхательных путей	
		Г	Невозможность интубации	4	Использование альтернативных устройств (ларингеальная маска, комбитьюб)	
42	ПК-1	Прочитайте текст и установите последовательность				
		1. Установите правильную последовательность действий при проведении быстрой последовательной индукции анестезии вне медицинской организации. А. Введение миорелаксанта (сукцинилхолин или рокуроний). Б. Преоксигенация 100% кислородом через плотно прилегающую маску в течение 3-4 минут. В. Интубация трахеи, раздувание манжеты, подтверждение стояния трубки капнографией. Г. Введение гипнотика (кетамин, этомидат или пропофол).				Б, Г, А, В
		2. Расположите в хронологической последовательности этапы принятия решения о медицинской эвакуации пациента. А. Определение показаний к медицинской эвакуации. Б. Выбор медицинской организации для транспортировки с учетом профиля и тяжести состояния. В. Оценка стабильности пациента и необходимости дополнительных вмешательств перед транспортировкой. Г. Обеспечение мониторинга и поддержания функций во время эвакуации.				А, В, Б, Г
		3. Установите последовательность действий при невозможности интубации трахеи и вентиляции ("не интубирую, не вентилирую") вне стационара. А. Повторная попытка вентиляции лицевой маской с использованием воздуховода. Б. Коникотомия (крикотиреотомия). В. Попытка установки надгортанного устройства (ларингеальной маски или комбитьюба).				А, В, Г, Б

		Г. Вызов помощи, подготовка оборудования для крикотиомии.	
		4. Расположите этапы подготовки к работе наркозно-дыхательного аппарата при выезде на место ДТП. А. Проверка герметичности дыхательного контура. Б. Подключение аппарата к источнику кислорода и проверка его запаса. В. Сборка дыхательного контура и установка абсорбера (при наличии). Г. Калибровка монитора, проверка работы капнографа и пульсоксиметра.	Б, В, А, Г
		5. Установите последовательность медицинской сортировки при массовом поступлении пострадавших вне стационара. А. Определение последовательности эвакуации по категориям сортировки. Б. Первичный осмотр для выделения "красной" группы (угроза жизни, но спасение возможно). В. Оказание неотложной помощи по категориям (красные → желтые → зеленые). Г. Повторный осмотр и переоценка состояния ("вторичная сортировка") при изменении обстановки.	Б, В, А, Г
43	ПК-1	Прочитайте задачу и дайте развернутый ответ 1. Вызов бригады специализированной скорой помощи к месту ДТП. Пострадавший 35 лет, водитель, извлечен из автомобиля. Сознание отсутствует (GCS 6), дыхание самостоятельное, неадекватное (ЧД 32 в мин, поверхностное). Кожные покровы бледные, влажные. Пульс на сонной артерии нитевидный, ЧСС 130 в мин, АД 70/40 мм рт.ст. Заподозрена травма живота с внутрибрюшным кровотечением. Время транспортировки до травмоцентра — 25 минут. Вопрос: Оцените состояние пациента, определите приоритетные действия. Необходимо ли проводить интубацию трахеи на месте? Обоснуйте выбор метода анестезиологического обеспечения для транспортировки.	Оценка состояния: Тяжелая сочетанная травма, травматический шок II-III степени, острая дыхательная недостаточность на фоне угнетения сознания. Высокий риск аспирации и вторичного повреждения головного мозга Приоритетные действия: Обеспечение венозного доступа (периферический или внутрикостный доступ) и начало инфузионной терапии кристаллоидами. Обеспечение проходимости дыхательных путей. Необходимость интубации: Интубация трахеи на месте абсолютно показана: GCS < 9, неадекватное дыхание, высокий риск аспирации, необходимость

		транспортировки. Интубация должна предшествовать эвакуации . Метод анестезиологического обеспечения: Метод выбора — быстрая последовательная индукция с учетом нестабильной гемодинамики. Преоксигенация 100% кислородом в течение 3-4 минут. Индукция: Препарат выбора — кетамин (1-2 мг/кг в/в), так как он поддерживает гемодинамику и обладает нейропротективными свойствами. Альтернатива — этомидат (0,3 мг/кг). Миорелаксация: Сукцинилхолин (1-1,5 мг/кг) для быстрого наступления миоплегии. Фиксация шейного отдела позвоночника ручной иммобилизацией во время интубации. Подтверждение стояния трубки: Капнография обязательна
	2. Вы — врач авиамедицинской бригады. Пациент 60 лет с диагнозом "острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок" транспортируется из районной больницы в региональный сосудистый центр. Пациент на ИВЛ, получает инфузию добутамина и дофамина. При взлете вертолета у пациента внезапно наступила десатурация (SpO₂ упала с 94% до 70%), тахикардия до 140 уд/мин. Вопрос: Ваши действия по оценке состояния и коррекции гипоксемии в условиях полета. Каков наиболее вероятный механизм ухудшения?	Наиболее вероятный механизм: Ухудшение связано с перегрузкой объемом или острой левожелудочковой недостаточностью на фоне продолжающейся инфузионной поддержки и изменения внутригрудного давления при транспортировке. Действия: Быстрая оценка: Проверка проходимости и

		положения эндотрахеальной трубки (аускультация, капнография). Оценка герметичности контура, работы аппарата ИВЛ и наличия кислорода. Аускультация легких на предмет влажных хрипов (отек легких). Оценка гемодинамики (АД, ЧСС, ЦВД, если доступно). Коррекция: При подозрении на отек легких: увеличение РЕЕР, ограничение инфузионной нагрузки. При необходимости — введение диуретиков (фуросемид в/в). Проверка и коррекция параметров вентиляции. Принятие решения: Оценка возможности продолжения полета или необходимости экстренной посадки (при нестабильности, невозможности коррекции).
	3. Прибытие на вызов: ребенок 4 лет с явлениями крупа (стенозирующего ларинготрахеита). Состояние тяжелое: инспираторная одышка в покое, цианоз носогубного треугольника, возбуждение, втяжение уступчивых мест грудной клетки. SpO₂ 80% на фоне ингаляции кислорода. Сознание спутанное. Вопрос: Какова тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Показана ли интубация трахеи и каковы особенности ее проведения у ребенка вне стационара?	Тактика: Оценка степени стеноза: Тяжелая степень (декомпенсация) — спутанное сознание, цианоз, низкая SpO₂. Состояние критическое. Показания к интубации: Интубация трахеи абсолютно показана при неэффективности консервативной терапии и признаках декомпенсации . Подготовка: Ингаляция увлажненного кислорода. Ингаляционные глюкокортикостероид

			ы (будесонид через небулайзер, если возможно) и/или в/в введение дексаметазона. Подготовка оборудования (интубационные трубки на 0,5-1 размер меньше возрастной нормы, проводник). Индукция анестезии: Преоксигенация. Препарат выбора — кетамин (1-2 мг/кг в/в или в/м), так как он сохраняет спонтанное дыхание и обладает бронходилатирующим эффектом. Миорелаксанты — по возможности использовать после восстановления проходимости. Постинтубационный период: Седация, контроль положения трубки, подготовка к транспортировке.
		4. На месте промышленной аварии (пожар) находятся 3 пострадавших: Пострадавший А: без сознания, ожог лица и дыхательных путей, стридорозное дыхание, сатурация 70%. Пострадавший Б: в сознании, ожоги конечностей 20% поверхности, дыхание самостоятельное, SpO₂ 95%. Пострадавший В: без сознания, видимых повреждений нет, пульс на сонной артерии отсутствует. Вопрос: Проведите медицинскую сортировку. Определите последовательность оказания помощи. Каковы особенности анестезиологического обеспечения при ожоге дыхательных путей?	Медицинская сортировка : Красная категория (1-я очередь): Пострадавший В — клиническая смерть (начать СЛР). Пострадавший А — угроза жизни, нарушение проходимости дыхательных путей. Желтая категория (2-я очередь): Пострадавший Б — стабилен, но нуждается в помощи. Последовательность: Сначала одновременное начало СЛР пострадавшему В и обеспечение проходимости дыхательных путей пострадавшему А (силами разных членов бригады). Затем —

			пострадавший Б. Особенности анестезиологического обеспечения при ожоге дыхательных путей: Прогнозирование трудных дыхательных путей: Отек гортани, деформация анатомии, риск быстрого ухудшения. Ранняя интубация: Показана до развития выраженного отека (профилактическая интубация). Метод: Быстрая последовательная индукция с готовностью к коникотомии. Препараты: Кетамин (гемодинамическая стабильность, бронходилатация). Размер трубки: Менее расчетного из-за отека. Фиксация: Особенно тщательная, с учетом последующей транспортировки.
		5. При оказании помощи пациенту с анафилактическим шоком (падение АД, бронхоспазм, сыпь) на догоспитальном этапе у вас возникли трудности с внутривенным доступом (периферические вены не визуализируются, не пальпируются). Состояние пациента ухудшается, сознание угнетается. Вопрос: Каковы альтернативные пути введения лекарственных препаратов в данной ситуации? Опишите технику одного из доступов и препараты первой линии для купирования анафилаксии.	Альтернативные пути введения : Внутримышечный (в/м) — препараты выбора при анафилаксии могут вводиться в/м. Внутрикостный (в/к) доступ. Сублингвальный (при сохраненном сознании). Техника внутрикостного доступа: Выбор места: проксимальный отдел большеберцовой кости (на 2 см ниже бугристости, по медиальной поверхности) или плечевая кость. Обработка кожи антисептиком.

			Введение иглы для внутрикостного доступа перпендикулярно кости вращательными движениями до "провала" (ощущения потери сопротивления). Извлечение мандрена, аспирация костного мозга (подтверждение). Промывание физиологическим раствором, подключение инфузионной системы. Препараты первой линии : Адреналин — препарат выбора. В/м по 0,3-0,5 мг (0,3-0,5 мл 0,1% раствора) взрослым, при неэффективности — в/в или в/к титрованием. Инфузионная терапия — кристаллоиды (быстрое введение). Глюкокортикостероиды (преднизолон, дексаметазон).
44	ПК-1	Прочитайте задание и дайте краткий ответ 1. Как называется метод индукции в анестезию, применяемый вне стационара у пациентов с "полным желудком", включающий преоксигенацию, быстрое введение гипнотика и миорелаксанта без промежуточной вентиляции маской? 2. Какой метод обязательного мониторинга используется вне стационара для подтверждения правильного положения эндотрахеальной трубки? 3. Каким устройством (методом) обеспечивается проходимость дыхательных путей при невозможности интубации трахеи и вентиляции ("не интубирую, не вентилирую")? 4. Укажите целевой уровень сатурации (SpO₂) при проведении преоксигенации перед интубацией вне стационара. 5. Какой анестетик является препаратом выбора для индукции у пациентов с нестабильной гемодинамикой (травматический, септический шок) вне стационара?	Быстрая последовательная индукция Капнография / капнометрия Коникотомия / крикотиреотомия 100% / ≥ 98-100% Кетамин
45	ПК-1	Прочитайте текст и выберите правильный ответ 1. В каких условиях оказывается специализированная помощь по профилю "анестезиология-реаниматология" вне медицинской организации? А) В поликлинике	Б

	Б) По месту вызова бригады скорой помощи и в транспортных средствах при эвакуации В) В дневном стационаре Г) В палате интенсивной терапии	
	2. Какова оптимальная продолжительность преоксигенации 100% кислородом перед интубацией вне стационара? А) 30 секунд Б) 1-2 минуты В) 3-4 минуты Г) 10 минут	В
	3. Какой метод мониторинга является обязательным для подтверждения положения эндотрахеальной трубки при оказании помощи вне стационара? А) Аускультация легких Б) Капнография В) Пульсоксиметрия Г) Визуализация прохождения трубки через голосовую щель	Б
	4. Какое значение уровня сознания по шкале комы Глазго (GCS) является абсолютным показанием для интубации трахеи вне стационара? А) 15 баллов Б) 12-14 баллов В) 9-11 баллов Г) Менее 9 баллов	Г
	5. Какой анестетик предпочтителен для индукции у пациента с нестабильной гемодинамикой (гипотензией, шоком)? А) Пропофол Б) Тиопентал натрия В) Кетамин Г) Мидазолам	В
	6. Что понимается под термином "быстрая последовательная индукция" (RSI)? А) Индукция с использованием севофлурана Б) Индукция с быстрым введением гипнотика и миорелаксанта без промежуточной вентилиции маской В) Индукция с предварительной седацией бензодиазепинами Г) Индукция через ларингеальную маску	Б
	7. Какое устройство используется для обеспечения проходимости дыхательных путей при невозможности интубации и вентилиции? А) Ларингеальная маска Б) Назофарингеальный воздуховод В) Коникотомическая игла/скальпель Г) Орофарингеальный воздуховод	В
	8. Кто осуществляет мониторинг жизненно важных функций при медицинской эвакуации пациента? А) Только водитель Б) Врач-анестезиолог-реаниматолог в составе бригады В) Родственники пациента Г) Принимающая сторона	Б
	9. Что является целью медицинской сортировки при массовом поступлении пострадавших? А) Установление точного диагноза каждому Б) Определение очередности оказания помощи и	Б

	эвакуации В) Заполнение медицинской документации Г) Информирование родственников	
	10. Какое давление в баллоне манжеты эндотрахеальной трубки считается безопасным при длительной транспортировке? А) 10-15 см H₂O Б) 20-30 см H₂O В) 40-50 см H₂O Г) Более 60 см H₂O	Б
	11. Какой метод введения лекарственных препаратов является альтернативой внутривенному при невозможности венопункции вне стационара? А) Только подкожный Б) Внутрикостный В) Только энтеральный Г) Ингаляционный	Б
	12. Что относится к "окружающей среде" (environment) в концепции STEPS? А) Уровень подготовки врача Б) Состав бригады В) Погодные условия, освещение, пространство для работы Г) Анатомия пациента	В
	13. Какое осложнение наиболее вероятно при интубации трахеи у пациента с травмой шейного отдела позвоночника? А) Повреждение голосовых связок Б) Усугубление неврологического дефицита при нестабильности позвоночника В) Ларингоспазм Г) Кровотечение	Б
	14. Как часто врач специализированной выездной бригады может встречаться с необходимостью интубации трахеи (согласно зарубежным данным)? А) Ежедневно Б) Примерно раз в 1-2 месяца В) Раз в полгода Г) Никогда	Б
	15. Какое минимальное количество медицинских работников рекомендуется для безопасного проведения анестезии вне стационара? А) Один врач Б) Только фельдшер В) Врач и ассистент (фельдшер, медсестра) Г) Достаточно водителя	В
	16. Что должно быть проверено в первую очередь при подготовке наркозно-дыхательного аппарата к работе вне стационара? А) Наличие дезинфицирующих средств Б) Наличие и запас кислорода В) Срок годности лекарств Г) Наличие сменных фильтров	Б
	17. Какое положение тела рекомендуется для пациента с подозрением на травму позвоночника во время транспортировки? А) Положение на боку	В

	Б) Положение на животе В) Положение на спине с иммобилизацией на щите Г) Положение с приподнятым ножным концом	
	18. Каковы действия врача при аспирации желудочного содержимого во время индукции анестезии? А) Немедленное прекращение попыток интубации Б) Продолжение индукции, быстрое завершение интубации, санация трахеи через трубку В) Введение атропина Г) Проведение ИВЛ маской с высоким давлением	Б
	19. Какой препарат является антидотом при передозировке наркотических анальгетиков, вызвавшей угнетение дыхания? А) Флумазенил Б) Налоксон В) Атропин Г) Haloxone	Б
	20. Какое исследование рекомендовано для оценки волеического статуса перед транспортировкой пациента с нестабильной гемодинамикой? А) Рентгенография грудной клетки Б) МРТ В) ЭКГ Г) УЗИ (FAST-протокол)	Г
	21. Какой вид транспорта предпочтительнее для эвакуации пациента с пневмотораксом на ИВЛ? А) Автомобиль скорой помощи Б) Вертолет (воздушная эвакуация без герметизации кабины) В) Самолет с герметичной кабиной Г) Любой вид транспорта	А
	22. Что из перечисленного не входит в стандартный мониторинг при анестезии вне стационара? А) ЭКГ Б) Неинвазивное АД В) Пульсоксиметрия Г) Инвазивное мониторирование ЦВД	Г
	23. Какая категория пострадавших при сортировке имеет наивысший приоритет для эвакуации? А) "Черные" (умершие) Б) "Зеленые" (ходячие) В) "Красные" (угроза жизни, спасение возможно) Г) "Желтые" (отсроченная помощь)	В
	24. Какой миорелаксант используется для быстрой последовательной индукции благодаря быстрому началу действия? А) Пипекуроний Б) Векуроний В) Сукцинилхолин Г) Атракурий	В
	25. Какова цель применения приема Селлика (крикоидного давления) во время RSI? А) Облегчение интубации Б) Предотвращение пассивной регургитации и аспирации В) Разгибание головы Г) Фиксация шейного отдела	Б
	26. При каком уровне SpO₂ после преоксигенации можно	Г

		считать, что пациент готов к интубации? А) 90-92% Б) 93-95% В) 96-97% Г) 98-100%																					
		27. Какое осложнение чаще всего возникает при интубации трахеи у пациентов с ожогом дыхательных путей? А) Ларингоспазм Б) Кровотечение В) Полная обструкция из-за стеноза/отека Г) Бронхоспазм	В																				
		28. Кто принимает решение о выборе медицинской организации для эвакуации пациента? А) Сам пациент Б) Диспетчер скорой помощи В) Врач выездной бригады с учетом профиля и тяжести состояния Г) Родственники	В																				
		29. Какой метод вентиляции предпочтителен при транспортировке пациента с тяжелой черепно-мозговой травмой? А) Вентиляция мешком Амбу Б) ИВЛ с контролем по объему и поддержанием нормокапнии (EtCO₂ 35-40 мм рт.ст.) В) Вентиляция с высокими давлениями Г) Спонтанное дыхание	Б																				
		30. Какое устройство позволяет проводить дефибрилляцию во время транспортировки? А) Любой дефибриллятор с аккумулятором Б) Только дефибриллятор, закрепленный в автомобиле В) Ручной дефибриллятор с функцией мониторинга, имеющий автономное питание Г) Дефибрилляция во время движения противопоказана	В																				
46	ПК-1	Прочитайте текст и установите соответствие 1. Установите соответствие между методом анестезии и показанием к его применению в условиях дневного стационара. <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Метод анестезии</th> <th colspan="2">Показание/Особенность применения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td> <td>Внутривенная анестезия с сохраненным спонтанным дыханием</td> <td>1</td> <td>Операции на периферических нервах и сосудах с использованием турникета</td> </tr> <tr> <td>Б</td> <td>Регионарная анестезия (проводниковая)</td> <td>2</td> <td>Кратковременные малотравматичные вмешательства (грыжесечение, флэбэктомия)</td> </tr> <tr> <td>В</td> <td>Тотальная внутривенная анестезия (ТВВА) с ИВЛ</td> <td>3</td> <td>Операции, требующие управляемой гипотензии и миоплегии, в условиях стационара</td> </tr> <tr> <td>Г</td> <td>Комбинированная</td> <td>4</td> <td>Длительные</td> </tr> </tbody> </table>	Метод анестезии		Показание/Особенность применения		А	Внутривенная анестезия с сохраненным спонтанным дыханием	1	Операции на периферических нервах и сосудах с использованием турникета	Б	Регионарная анестезия (проводниковая)	2	Кратковременные малотравматичные вмешательства (грыжесечение, флэбэктомия)	В	Тотальная внутривенная анестезия (ТВВА) с ИВЛ	3	Операции, требующие управляемой гипотензии и миоплегии, в условиях стационара	Г	Комбинированная	4	Длительные	А-2, Б-1, В-3, Г-4
Метод анестезии		Показание/Особенность применения																					
А	Внутривенная анестезия с сохраненным спонтанным дыханием	1	Операции на периферических нервах и сосудах с использованием турникета																				
Б	Регионарная анестезия (проводниковая)	2	Кратковременные малотравматичные вмешательства (грыжесечение, флэбэктомия)																				
В	Тотальная внутривенная анестезия (ТВВА) с ИВЛ	3	Операции, требующие управляемой гипотензии и миоплегии, в условиях стационара																				
Г	Комбинированная	4	Длительные																				

		спинально-эпидуральная анестезия		травматичные операции на нижних конечностях или органах малого таза	
		2. Установите соответствие между критерием готовности пациента к выписке из дневного стационара после анестезии и его клиническим проявлением			А-3, Б-2, В-1, Г-4
		Критерий (шкала Aldrete)		Клиническое проявление	
		А	Двигательная активность	1 Стабильное АД, ЧСС в пределах 20% от исходного	
		Б	Дыхание	2 $SpO_2 \geq 92\%$ при дыхании атмосферным воздухом	
		В	Гемодинамика	3 Способность двигать конечностями по команде	
		Г	Сознание	4 Полное пробуждение, ориентация в месте и времени	
		3. Установите соответствие между компонентом синдрома последствий интенсивной терапии (ПИТС) и его клиническим проявлением.			А-2, Б-1, В-4, Г-3
		Компонент ПИТС		Клиническое проявление	
		А	Нейромышечные нарушения	1 Депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство	
		Б	Эмоционально-когнитивные нарушения	2 Полимионейропатия критических состояний, респираторная нейропатия	
		В	Вегетативно-метаболические нарушения	3 Дисфагия, аспирационный синдром	
		Г	Дисфагия бездействия	4 Нарушение циркадных ритмов, хронический болевой синдром	
		4. Установите соответствие между осложнением регионарной анестезии и методом его профилактики.			А-1, Б-2, В-3, Г-4
		Осложнение		Метод профилактики	
		А	Системная токсичность местных анестетиков	1 Использование ультразвуковой навигации, аспирационная проба	
		Б	Тотальный спинальный блок	2 Фракционное введение, использование тест-дозы	
		В	Гематома при нейроаксиальной блокаде	3 Соблюдение интервала после введения антикоагулянтов	
		Г	Повреждение нерва	4 Использование нейростимуляции, исключение парестезий	
		5. Установите соответствие между шкалой оценки состояния пациента и целью ее применения в анестезиологии-реаниматологии.			А-3, Б-1, В-4, Г-2

		Шкала		Цель применения		
		А	ASA	1	Оценка глубины седации у пациентов в ОРИТ	
		Б	RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale)	2	Риск тромбоэмболических осложнений	
		В	Шкала Глазго	3	Предоперационная оценка общего состояния и анестезиологического риска	
		Г	Шкала Caprini	4	Оценка уровня сознания при черепно-мозговой травме	
47	ПК-2	Прочитайте текст и установите последовательность				
1. Установите правильную последовательность этапов предоперационного обследования пациента перед плановым вмешательством в дневном стационаре. А. Осмотр анестезиологом, определение физического статуса по ASA и плана анестезии. Б. Проведение лабораторных и инструментальных исследований (ЭКГ, анализы крови). В. Получение информированного добровольного согласия на анестезию. Г. Оценка жалоб, анамнеза, сопутствующих заболеваний и аллергологического статуса.						Г, Б, А, В
2. Расположите в хронологической последовательности этапы пробуждения и перевода пациента из операционной в палату пробуждения. А. Прекращение подачи анестетиков, перевод на спонтанное дыхание. Б. Оценка по шкале Aldrete (двигательная активность, дыхание, гемодинамика, сознание, сатурация). В. Экстубация трахеи или удаление ларингеальной маски. Г. Транспортировка в палату пробуждения (PACU) под контролем мониторинга.						А, В, Б, Г
3. Установите последовательность действий врача при развитии анафилактического шока во время анестезии в операционной. А. Прекращение введения предполагаемого аллергена (антибиотик, миорелаксант). Б. Введение адреналина (0,1% — 0,3-0,5 мг в/в). В. Вызов помощи, подготовка к проведению СЛР. Г. Инфузионная терапия кристаллоидами (10-20 мл/кг быстро).						А, Б, Г, В
4. Расположите этапы проведения быстрой последовательной индукции (RSI) у пациента с "полным желудком" в стационаре. А. Введение миорелаксанта (сукцинилхолин или рокуроний). Б. Преоксигенация 100% кислородом через плотно прилегающую маску. В. Интубация трахеи, раздувание манжеты,						Б, Г, А, В

		подтверждение стояния трубки (капнография, аускультация). Г. Введение гипнотика (кетамин, пропофол, этомидат) с одновременным приемом Селлика.	
		5. Установите последовательность мероприятий при развитии послеоперационного делирия у пациента в ОРИТ. А. Исключение гипоксемии, гипогликемии, электролитных нарушений (экстренная диагностика). Б. Оценка по шкале CAM-ICU для подтверждения делирия. В. Немедикаментозная коррекция (реориентация, ранняя мобилизация, устранение шума, обеспечение сна). Г. Назначение антипсихотических препаратов (галоперидол, дексмететомидин) при неэффективности немедикаментозных мер.	Б, А, В, Г
48	ПК-2	Прочитайте задачу и дайте развёрнутый ответ Пациентка 68 лет, ASA III (гипертоническая болезнь III ст., ожирение II ст.), поступила в дневной стационар для плановой операции по поводу варикозной болезни (флебэктомия). Планируется операция под спинальной анестезией. При осмотре: рост 160 см, вес 95 кг. Пациентка постоянно принимает аспирин (кардиомагнил). Последний прием аспирина — 2 дня назад. АД 150/90 мм рт.ст., ЧСС 88 уд/мин. Вопрос: Оцените риск и определите тактику ведения пациентки. Можно ли проводить спинальную анестезию? Каковы ваши действия?1.	Оценка риска: Высокий риск геморрагических осложнений при нейроаксиальной блокаде на фоне приема антиагрегантов (аспирин). Ожирение II степени — технические сложности при выполнении пункции. Некорригированная артериальная гипертензия — риск гипертензивной реакции. Тактика: Решение о спинальной анестезии: Согласно клиническим рекомендациям, монотерапия аспирином в дозе ≤ 100 мг/сут не является абсолютным противопоказанием к нейроаксиальной блокаде. Однако риск кровотечения повышен Действия: Коррекция АД: отложить операцию до стабилизации АД (целевое АД < 140/90). Возможно проведение гипотензивной терапии. Информирование пациентки о рисках

			(возможность гематомы, неудачной блокады). Выполнение спинальной анестезии тонкой иглой (25-27G) с первого раза, минимальное количество травм. Контроль свертываемости (коагулограмма) — желателен. Альтернатива: проводниковая анестезия (седалищного и бедренного нервов) под УЗ-навигацией, если хирургическое вмешательство позволяет
		2. Пациент 45 лет, поступил в ОРИТ после резекции желудка по поводу рака. Состояние тяжелое, на продленной ИВЛ (2-е сутки). Седация: пропофол 4 мг/кг/ч, фентанил 2 мкг/кг/ч. Сегодня при плановой оценке: RASS - 4 (глубокая седация, не пробуждается). АД 90/50 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин. При осмотре: живот вздут, перистальтика не выслушивается. За сутки по назогастральному зонду получено 1500 мл застойного отделяемого. Вопрос: Каковы вероятные причины нестабильности и глубокой седации? Оцените риск развития синдрома последствий интенсивной терапии (ПИТС) и предложите меры профилактики	Причины нестабильности и глубокой седации: Синдром интраабдоминальной гипертензии (вероятно, парез кишечника, высокое внутрибрюшное давление → снижение венозного возврата, сердечного выброса). Кумуляция седативных препаратов на фоне пареза кишечника и возможной печеночной/почечной дисфункции (пропофол выводится печенью). Септические осложнения (анастомозит, перитонит) — возможная причина гипотензии. Риск ПИТС: Пациент имеет высокий риск развития ПИТС: продленная ИВЛ, глубокая седация > 48 часов, парез кишечника (трофологическая недостаточность),

			высокий риск полимионейропатии критических состояний. Меры профилактики ПИТС (комплекс РеабИТ/ABCDE) : Пробуждение и дыхание: Ежедневное прекращение седации (седационные каникулы) для оценки неврологического статуса и готовности к экстубации. Мониторинг делирия: Оценка по CAM-ICU ежедневно. Ранняя мобилизация: Пассивная/активная гимнастика, вертикализация (при стабилизации гемодинамики). Нутритивная поддержка: Раннее энтеральное питание, прокинетики (метоклопрамид, эритромицин) для борьбы с парезом. Коррекция седации: Перевод на схему с минимальным риском кумуляции (декмедетомидин, титрование опиоидов)
		3. В дневном стационаре проведена анестезия при гинекологической операции (раздельное диагностическое выскабливание). Пациентка 32 лет, ASA I, получала тотальную внутривенную анестезию с ИВЛ ларингеальной маской (пропофол + фентанил). Операция длилась 20 минут. После окончания операции, через 10 минут, пациентка не просыпается, на болевые стимулы не реагирует, мышечный тонус снижен. Дыхание через ларингеальную маску адекватное, SpO₂ 98%, гемодинамика стабильна. Вопрос: Ваш диагноз? Дифференциальная диагностика. Тактика ведения. Каковы критерии готовности к выписке из дневного стационара?	Диагноз: Затянувшееся пробуждение после анестезии. Дифференциальная диагностика: Передозировка/кумуляция препаратов: Пропофол (особенно при длительной инфузии), фентанил (остаточная депрессия дыхания? но здесь дыхание адекватное). Остаточная миоплегия (если применялись миорелаксанты, но в задаче они не указаны). Метаболические нарушения: Гипогликемия,

		электролитные нарушения. Неврологическое осложнение: Острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт, транзиторная ишемическая атака) — маловероятно у молодой пациентки без факторов риска. Тактика: Обеспечить проходимость дыхательных путей, мониторинг. Исключить гипогликемию (экспресс-анализ глюкозы). Введение антагонистов: налоксон (при подозрении на передозировку опиоидов), флумазенил (при подозрении на передозировку бензодиазепинов). Наблюдение до полного пробуждения. При отсутствии эффекта — перевод в стационар для неврологического обследования. Критерии готовности к выписке (модифицированная шкала Aldrete) : Двигательная активность: движения конечностями. Дыхание: SpO₂ > 92% на воздухе. Гемодинамика: стабильное АД, ЧСС. Сознание: полное пробуждение, ориентация. Отсутствие тошноты, рвоты, боли. Наличие сопровождающего лица.
	4. Пациент 60 лет, ASA III (ХОБЛ средней тяжести, курение), перенес лапароскопическую холецистэктомию в условиях дневного стационара. Наркоз: ТВВА с ИВЛ ларингеальной	Оценка состояния: Острая дыхательная недостаточность,

		маской. Послеоперационный период: через 40 минут после операции, при попытке встать, возникла одышка, SpO₂ 88% на атмосферном воздухе, АД 100/70 мм рт.ст., ЧСС 110 уд/мин. Аускультативно: дыхание ослаблено справа, единичные сухие хрипы. Вопрос: Оцените состояние. Назовите вероятные причины гипоксемии. Тактика ведения. Возможна ли выписка домой в этот же день?	гипоксемия. Вероятные причины: Ателектаз легкого (на фоне ХОБЛ, остаточного действия миорелаксантов, наркотических анальгетиков, положения Тренделенбурга во время операции). Обострение ХОБЛ/бронхоспазм (на фоне интубации/ирритации). ТЭЛА (менее вероятно, но исключать нельзя). Пневмоторакс (после лапароскопии редко, но возможно) Тактика: Оксигенотерапия (кислород через маску/канюли). Пульсоксиметрия, контроль АД, ЭКГ. Аускультация, исключение пневмоторакса. Бронходилататоры (сальбутамол ингаляционно) при подозрении на бронхоспазм. Рентгенография грудной клетки (по возможности). При сохраняющейся гипоксемии — перевод в стационар для дообследования и лечения. Выписка домой: НЕТ. Пациент с ХОБЛ, развившейся гипоксемией требует госпитализации в стационар. Выписка из дневного стационара возможна только при стабильной сатурации (SpO₂ > 92% на воздухе) и отсутствии дыхательных нарушений
		5. Пациенту 75 лет планируется тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.	Оценка риска: Высокий сердечно-

		Сопутствующие заболевания: ИБС, стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность IIА. Пациент получает клопидогрел (по поводу стентирования коронарной артерии 6 месяцев назад). Операцию планируется проводить под спинальной анестезией. Вопрос: Оцените риск периоперационных осложнений. Когда следует отменить клопидогрел перед операцией? Какова альтернативная тактика?	сосудистый риск (стенокардия, ХСН). Высокий риск тромбоза стента при отмене антиагрегантов. Высокий риск геморрагических осложнений (спинальная гематома) при проведении нейроаксиальной анестезии на фоне приема клопидогрела. Сроки отмены клопидогрела: Согласно клиническим рекомендациям, клопидогрел должен быть отменен за 5-7 дней до планового вмешательства. При этом необходим контроль со стороны кардиолога и оценка риска тромбоза стента. Альтернативная тактика: Мост-терапия (bridging): При высоком риске тромбоза стента (менее 6 месяцев после стентирования) — переход на низкомолекулярные гепарины (эноксапарин) в терапевтических дозах за 3-5 дней до операции с отменой за 24 часа до вмешательства. Клопидогрел отменяется. Выбор анестезии: Если клопидогрел отменен за 5-7 дней и нет других нарушений гемостаза — спинальная анестезия возможна. Если отмена недостаточна или сохраняется риск геморрагий — общая анестезия (ингаляционная или
--	--	---	---

			ТВВА) как более безопасная альтернатива . Возобновление клопидогрела: Не ранее чем через 24-48 часов после операции (при отсутствии кровотечения).
49	ПК-2	Прочитайте задание и дайте краткий ответ	
		1. Как называется шкала для оценки физического статуса пациента перед операцией, предложенная Американской ассоциацией анестезиологов?	ASA
		2. Какой метод регионарной анестезии является наиболее безопасным для пациента с высоким риском кровотечения и почему?	Периферическая блокада нервов под УЗ-навигацией
		3. Укажите минимальный балл по модифицированной шкале Aldrete, при котором пациент может быть переведен из палаты пробуждения в палату дневного стационара.	9 баллов из 10
		4. Какая шкала используется для скрининга делирия у пациентов в отделении реанимации?	CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit)
		5. В течение какого времени (в часах) должен наблюдаться пациент в дневном стационаре после малой гинекологической операции под общей анестезией?	Не менее 2-4 часов (до полного восстановления сознания, стабильных показателей и отсутствия осложнений)
50	ПК-2	Прочитайте текст и выберите правильный ответ	
		1. Какое минимальное время наблюдения пациента в палате пробуждения рекомендуется после анестезии в дневном стационаре? А) 30 минут Б) 1 час В) 2-4 часа Г) 12 часов	В
		2. Какой препарат является антидотом при передозировке бензодиазепинов? А) Налоксон Б) Флумазенил В) Атропин Г) Протамина сульфат	Б
		3. Какой уровень сознания по шкале Глазго (GCS) соответствует коме? А) 15 баллов Б) 12-14 баллов В) 9-11 баллов Г) 8 баллов и менее	Г
		4. Что является абсолютным противопоказанием для проведения спинальной анестезии? А) Гипертоническая болезнь Б) Сепсис В) Отказ пациента Г) Сахарный диабет	В
		5. Какой препарат является препаратом выбора для	Б

	купирования анафилактического шока? А) Преднизолон Б) Адреналин В) Димедрол Г) Эуфиллин	
	6. Как часто рекомендуется проводить оценку риска делирия (SAM-ICU) у пациентов в ОРИТ? А) 1 раз в сутки Б) 1 раз в смену (не реже 2 раз в сутки) В) 1 раз в неделю Г) Только при поступлении	Б
	7. Какое значение сатурации (SpO₂) считается целевым при проведении оксигенотерапии у большинства пациентов? А) 88-90% Б) 92-96% В) 98-100% Г) 85%	Б
	8. Какое из перечисленных осложнений наиболее характерно для спинальной анестезии? А) Пневмоторакс Б) Постпункционная головная боль В) Повреждение возвратного гортанного нерва Г) Синдром Горнера	Б
	9. Какой метод анестезии предпочтителен при операции на кисти в условиях дневного стационара? А) Эндотрахеальный наркоз Б) Спинальная анестезия В) Проводниковая анестезия плечевого сплетения Г) Масочный наркоз	В
	10. Что такое "синдром последствий интенсивной терапии" (ПИТС)? А) Осложнение анестезии Б) Совокупность физических, когнитивных и психических нарушений после критического состояния В) Инфекционное осложнение Г) Острая почечная недостаточность	Б
	11. Какой уровень гемоглобина является показанием для гемотрансфузии у стабильных пациентов ОРИТ? А) < 100 г/л Б) < 90 г/л В) < 80 г/л Г) < 70 г/л	Г
	12. Какой миорелаксант используется для быстрой последовательной индукции? А) Пипекуроний Б) Векуроний В) Сукцинилхолин Г) Рокуроний (в высоких дозах)	В (и Г - рокуроний 1,2 мг/кг)
	13. Какое исследование является "золотым стандартом" для диагностики ТЭЛА? А) ЭКГ Б) Рентгенография грудной клетки В) КТ-ангиография легочной артерии Г) ЭхоКГ	В
	14. В течение какого времени перед операцией должен быть отменен варфарин?	В

	А) 12 часов Б) 24 часа В) 3-5 дней Г) 7-10 дней	
	15. Какое давление в баллоне манжеты эндотрахеальной трубки считается безопасным? А) 10-15 см H₂O Б) 20-30 см H₂O В) 40-50 см H₂O Г) Более 60 см H₂O	Б
	16. Кто утверждает критерии оценки качества медицинской помощи в Российской Федерации? А) Федеральный фонд ОМС Б) Министерство здравоохранения РФ В) Росздравнадзор Г) Правительство РФ	Б
	17. Какой препарат относится к группе бензодиазепинов? А) Мидазолам Б) Пропофол В) Кетамин Г) Фентанил	А
	18. Какая группа инвалидности устанавливается при выраженных нарушениях функций организма, приводящих к ограничению способности к трудовой деятельности, но при сохранении способности к самообслуживанию? А) I группа Б) II группа В) III группа Г) Инвалидность не устанавливается	Б
	19. Какой метод мониторинга является обязательным для подтверждения правильного положения эндотрахеальной трубки? А) Аускультация легких Б) Капнография В) Пульсоксиметрия Г) Визуализация прохождения трубки через голосовую щель	Б
	20. Какое осложнение чаще всего возникает при интубации трахеи у пациентов с ожогом дыхательных путей? А) Ларингоспазм Б) Кровотечение В) Полная обструкция из-за стеноза/отека Г) Бронхоспазм	В
	21. Что относится к компетенции врачебной комиссии медицинской организации? А) Назначение антибиотиков Б) Продление листа нетрудоспособности свыше 15 дней В) Проведение анестезии Г) Выписка рецептов	Б
	22. Какой препарат используется для лечения гиперкалиемии с целью "стабилизации мембран" кардиомиоцитов? А) Инсулин с глюкозой Б) Фуросемид В) Кальция глюконат Г) Сальбутамол	В

	23. Какое значение лактата крови свидетельствует о выраженной тканевой гипоперфузии? А) < 0,5 ммоль/л Б) 1,0-1,5 ммоль/л В) 2,0 ммоль/л Г) > 2,0-4,0 ммоль/л	Г
	24. Какова цель применения протокола "ранней целенаправленной терапии" (EGDT) при септическом шоке? А) Снижение температуры Б) Восстановление доставки кислорода к тканям В) Уменьшение боли Г) Профилактика пролежней	Б
	25. Какое устройство используется для обеспечения проходимости дыхательных путей при невозможности интубации и вентиляции ("не интубирую, не вентилирую")? А) Ларингеальная маска Б) Назофарингеальный воздуховод В) Коникотомическая игла/скальпель Г) Орофарингеальный воздуховод	В
	26. Какой документ регламентирует унифицированные формы медицинской документации, используемые в стационарах? А) Федеральный закон № 323-ФЗ Б) Приказ Минздрава России № 530н от 05.08.2022 В) Трудовой кодекс РФ Г) СанПиН 2.1.3.2630-10	Б
	27. Как часто заведующий отделением реанимации должен осматривать пациента (при отсутствии особых показаний) согласно критериям качества? А) Ежедневно Б) Не реже 1 раза в 48 часов (рабочие дни) с момента поступления В) 1 раз в 3 дня Г) Только при поступлении и выписке	Б
	28. Какой метод обезболивания предпочтителен для пациента с травмой грудной клетки и множественными переломами ребер? А) Внутривенная инфузия опиоидов Б) НПВС В) Эпидуральная анальгезия Г) Парацетамол	В
	29. Какой уровень прокальцитонина наиболее характерен для тяжелого бактериального сепсиса? А) < 0,05 нг/мл Б) 0,1 - 0,25 нг/мл В) 0,5 - 2,0 нг/мл Г) > 2,0 нг/мл	Г
	30. Какое соотношение компрессий и вдохов рекомендуется при проведении СЛР взрослому пациенту с интубированными дыхательными путями? А) 30:2 Б) 15:2 В) 5:1 Г) Непрерывные компрессии с частотой 100-120 в минуту, вентиляция 8-10 в минуту	Г

