

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Семенов Юрий Алексеевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 12.03.2026 12:08:09  
Уникальный программный ключ:  
7ee61f7810e60557bee49df655173820137a86a7

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра анестезиологии, реаниматологии, токсикологии

**УТВЕРЖДАЮ**  
Проректор по образовательной деятельности  
к.м.н., доцент А.А. Ушаков

«20» июня 2025 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине  
Б1.О.07 Анестезиология и реанимация**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.60 Пластическая хирургия*

Квалификация: *Врач-пластический хирург*

г. Екатеринбург  
2025

Фонд оценочных средств составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности: 31.08.60 – Пластическая хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России № 547 от 10.06.2022 и Профессионального стандарта «Врач – пластический хирург», утвержденного Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 482н.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	должность	уч. звание	уч. степень
1	Куликов Александр Вениаминович	зав. кафедрой	профессор	доктор медицинских наук
2	Давыдова Надежда Степановна	профессор	профессор	доктор медицинских наук
6	Лейдерман Илья Наумович	профессор	профессор	доктор медицинских наук
7	Собетова Галина Вячеславовна	доцент	доцент	кандидат медицинских наук

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:

- главный анестезиолог-реаниматолог Министерства здравоохранения Свердловской области, д.м.н. профессор, заведующий отделением анестезиологии и реанимации ГБУЗ СО ОКБ № 1 Левит А.Л.;

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен

- на заседании кафедры хирургических болезней, сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии (протокол № 8 от 27.04.2025 г.),  
- методической комиссией специальности ординатура (протокол № 5 от 10.05.2025 г)

## 1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий требования ФГОС и ПС, представлен в таблице:

Основное содержание раздела	Контролируемые учебные элементы		
	Знать	Уметь	Владеть
<b>Общая анестезиология А/01.8, А/02.8</b>			
<b>анестезиологическое оборудование и аппаратура</b> - дыхательные контуры - наркозные аппараты - <b>интраоперационный мониторинг</b> - <b>операционная: система медицинского газоснабжения, электробезопасность, микроклимат</b>	- оснащение отделений и гигиенические требования; <b>УК-1; ОПК-5</b>	- организовать рабочее место в операционной с учетом мер профилактики взрывов и воспалений, правил работы с баллонами со сжатыми газами, подготовки к работе и эксплуатации аппаратуры для наркоза, искусственной вентиляции легких, мониторингового наблюдения за больным, необходимых инструментов, медикаментов; - эксплуатировать аппараты для анестезии и наблюдения за больными, искусственной вентиляции легких; распознавать основные неисправности; <b>УК-1; ОПК-5</b>	- использованием аппаратуры для наркоза, искусственной вентиляции легких, мониторингования жизненно важных функций с соблюдением правил ухода за ней, техники безопасности; - использованием в соответствии с правилами баллонами сжатых газов <b>УК-1, ОПК-5</b>
<b>- Общая анестезия: компоненты и схемы</b>	методы предоперационного обследования, лечебной подготовки к операции и анестезии, премедикации; клиническое и фармакологическое обоснование использования средств, применяемых при проведении анестезии: для ингаляционного и неингаляционного наркоза, снотворных, нейролептических, транквилизаторов, седативных,	оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства; использовать шкалы; - провести предоперационную подготовку с включением инфузионной терапии, парентерального и энтерального зондового питания, обеспечив предварительно по показаниям доступ к	Навыками- опорожнение желудка зондом, прижатие пищевода в области шеи (прием Селлика) и др. методы; - ИВЛ через лицевую маску, воздуховоды (гортанные, ларингеальная маска т.д.) и их усановка; - обеспечение проходимости дыхательных путей с помощью интубации трахеи методом прямой, непрямой, видеоларингоскопии; - венепункции,

	<p>антидепрессантов, противосудорожных, анальгезирующих (наркотических анальгетиков и их антагонистов, ненаркотических анальгетиков), антихолинэстеразных, холинолитических, ганглиоблокирующих, мышечных релаксантов, местноанестезирующих, антигистаминных; <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b></p>	<p>периферическим или центральным венам; - выбрать и провести наиболее безопасную для больного анестезию с использованием современных наркозно-дыхательных и диагностических аппаратов во время оперативного вмешательства, при болезненных манипуляциях и исследованиях в плановой и экстренной абдоминальной хирургии - разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде; <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b></p>	<p>венесекции, катетеризация периферических и центральных вен у взрослых и детей, длительная инфузионно-трансфузионная терапия, использование аппаратуры для дозированных инфузий; <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b></p>
<p>- регионарная анестезия - спинномозговая, эпидуральная и каудальная анестезия; блокада периферических нервов</p>	<p>элементы топографической анатомии нервной системы, необходимые для выполнения операций и манипуляций; - современные методы общей, местной и регионарной анестезии в различных областях хирургии, анестезию у больных с сопутствующими заболеваниями и патологическими состояниями; анестезию в различных условиях (стационаре, поликлинике, военнопольевых условиях, при массовых поступлениях пострадавших); <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b></p>	<p>провести по показаниям проводниковую или нейроаксиальную анестезию: блокаду нервов и нервных сплетений верхней и нижней конечности, эпидуральную (на различных уровнях, обычную и продленную с катетером), спинальную; эпидуральную и проводниковую анестезию в послеоперационном периоде, <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b></p>	<p>- местной (аппликационная, инфильтрационная, футлярная, проводниковая, эпидуральная и спинальная) анестезией; - катетеризацией эпидурального пространства; <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b></p>
<b>Общая реаниматология и интенсивная терапия А/01.8, А/02.8</b>			

<p><b>Понятие критического состояния. Основные патологические синдромы и расстройства гомеостаза в интенсивной терапии критических состояний</b></p>	<p>- элементы топографической анатомии, необходимые для выполнения манипуляций; - нормальную и патологическую физиологию нервной, эндокринной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного состояния, системы крови; -клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику синдромов острых нарушений функций систем и органов; <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b></p>	<p>Сформулировать клиничко-диагностические критерии критического состояния -Определить показания к госпитализации в ОРИТ -Оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, находящихся в критических состояниях; - оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии; - диагностировать и лечить расстройства гомеостаза <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b></p>	<p>-оценка тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II -измерение центральной и периферической гемодинамики инвазивными и неинвазивными методами - расчеты дефицита воды, электролитов, нарушений белкового и углеводного обмена, КЩС, гемоглобина и гематокрита и коррекции этих нарушений; - венепункции, венесекции, катетеризация периферических и центральных вен -экспресс-диагностика нарушений свертывания крови; <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b></p>
<p><b>Реанимация и ИТ при реанимационных синдромах</b></p>	<p>- патофизиологию шока острой кровопотери, болевых синдромов, острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности; почечной, печеночной, церебральной недостаточности - патофизиологию различных видов умирания и клинической смерти, восстановительного периода после оживления (постреанимационной болезни); -клиническое и</p>	<p>- проводить терапию шока, синдромов острой дыхательной недостаточности, малого сердечного выброса, коагулопатий, дисгидрий, экзо- и эндотоксикоза, белково-энергетической недостаточности, внутричерепной дистензии и их сочетаний; -эксплуатировать аппараты для наблюдения за больными, искусственной вентиляции легких; распознавать основные неисправности; - осуществить</p>	<p>- интубация трахеи методом прямой ларингоскопии, вслепую через рот и носовые ходы под наркозом и местной анестезией; - крико- и коникотомия, пункционная трахеостомия; - использование аппаратуры для искусственной вентиляции легких, мониторинга жизненно важных функций с соблюдением правил ухода за ней, техники безопасности; - электростимуляция и</p>

	фармакологическое обоснование использования средств, применяемых при проведении интенсивной терапии и реанимации: <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b>	принудительную вентиляцию легких маской, интубацию трахеи на фоне введения миорелаксантов, искусственную вентиляцию легких вручную и с помощью респираторов; -установить показания и производить катетеризацию периферических и центральных вен, осуществить контроль проводимых инфузий и состояний больного; <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b>	электродефибрилляция; - взятие крови для анализа газов крови и КЩС; -инфузионная терапия - энтеральное зондовое и парентеральное питание; <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b>
<b>Реанимация и интенсивная терапия пластической хирургии и терапии</b>	- современные методы интенсивной терапии и реанимации при различных заболеваниях и критических состояниях в пластической хирургии (различных областях) и терапии : септических состояниях, перитоните, панкреатите, ОЖН, остром инфаркте миокарда, нарушениях ритма сердца, пневмонии, ХОБЛ, ТЭЛА, экзогенных отравлениях этанолом, препаратами бытовой химии, медикаментами, диабетическом кетоацидозе, феахромоцитомном кризе, недостаточности надпочечников; тиреотоксических кризах; -принципы асептики	-оценить состояние больного после операции; -разработать и провести комплекс необходимых лечебно-профилактических мероприятий в послеоперационном периоде; -установить необходимость продолженного наблюдения и интенсивной терапии в послеоперационном периоде и показания к нахождению больного в отделении (палате) интенсивной терапии (реанимации), до перевода в это отделение обеспечить необходимую интенсивную терапию и наблюдение за больным; - диагностировать и лечить осложнения в послеоперационном периоде, нарушения жизненно важных функций, проводить обезболивание; <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b>	-артериопункция и артериосекция; - пункция и дренирование плевральной полости; - пункция трахеи; - экстренная трахеостомия, коникотомия; - экстренная бронхоскопия <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b>

	и антисептики <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b>		
<b>Реабилитология А/01.8, А/02.8</b>			
<b>Общие принципы осуществления ранней реабилитации на этапе интенсивной терапии и реанимации</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• основные исторические этапы, современные достижения и тенденции развития ранней реабилитации</li> <li>• механизмы саногенеза и нейропластичности при ОЦН</li> <li>• правовые и деонтологические аспекты в работе с больными с ОЦН;</li> </ul> <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• провести оценку реабилитационного потенциала</li> <li>• интерпретировать данные нейрофизиологических и нейровизуализационных исследований в ходе реабилитационных мероприятий</li> </ul> <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b>	протоколом вертикализации и мобилизации пациента в условиях РАО расчетом метаболических потребностей при формировании нутритивной программы с учетом фактических энергозатрат в ходе реабилитации <b>УК-1; ОПК-4, ОПК-5</b>

## 2. Аттестационные материалы

### 2.1 Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждой ДЕ и включают от 20 до 30 вопросов.

На аттестации (зачете) ординатору предлагается ответить на 30 вопросов тестового контроля с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов.

#### *Примеры тестов по ДЕ (модулям)*

*ДЕ 1 - Общая анестезиология*

#### **Тест ингаляционная анестезия**

*Согласны ли Вы с утверждением?*

1. Сохраняющиеся произвольные «плавающие» движения глазных яблок, сохраненная реакция зрачков на свет, живой гортанный рефлекс, умеренное снижение тонуса скелетной мускулатуры, ровное дыхание являются характеристикой третьего уровня III стадии наркоза

• нет

2. Закись азота обладает хорошим анальгетическим действием

• нет

3. Для сувофлурана как и изофлурана характерен феномен обкрадывания миокарда

• нет

4. Лидокаин относится к эфирным анестетикам

• нет

5. Первым профессиональным анестезиологом был Мортон

• нет

6. Эфир повышает тонус бронхиальных мышц

• нет

7. Подведение ингаляционного анестетика к дыхательным путям больного может быть осуществлено через маску:

• да

8. Растворимость газа в крови зависит от концентрации Нв в крови

• нет

9. Точка кипения фторотана 87,0°C

- нет
- 10. Закрытая система с абсорбцией CO<sub>2</sub> имеет следующие преимущества:увеличивается удаление CO<sub>2</sub>, достигается большая экономия газов, уменьшается теплототеря
- да
- 11. Газ будет диффундировать через проницаемую мембрану из области низкого давления в область высокого давления
- да
- 12. 16 октября 1846 года – начало современной трансплантологии
- нет
- 13. Минимальная альвеолярная концентрация (МАК) - это альвеолярная концентрация ингаляционного анестетика, при которой отсутствует речевая реакция у 50% пациентов в ответ на стандартный раздражитель (кожный разрез).
- нет
- 14. Галотан повышает чувствительность миокарда к катехоламинам
- да
- 15. коэффициент растворимости севофлурана кровь/газ 0,6
- да
- 16. 1 кг жидкой закиси азота образует 500 л газа
- да
- 17. МАК севофлурана у взрослых — 1,7 — 2,0% в кислороде
- да
- 18. К недостаткам галотана относят риск возникновения аритмий
- да
- 19. При галотановом наркозе происходит расширение бронхов и угнетение секреции слюнных и бронхиальных желез
- да
- 20. Десфлуран взрывоопасен
- нет
- 21. МАК десфлурана у взрослых – 6,6% в кислороде
- да
- 22. У взрослых МАК снижается с возрастом
- да
- 23. Севофлуран подвергается деградации в абсорбере до винилэфира (соединениеА)
- да
- 24. Все ингаляционные анестетики вызывают дозозависимое угнетение реакции дыхания на гиперкарбию
- да
- 25. Ингаляция 75% закиси азота через 10 минут приводит к увеличению пневмоторакса вдвое
- да
- 26. Коэффициент распределения кровь/газ у ксенона – 0,14
- да
- 27. 20% закиси азота выводится из организма в виде метаболитов
- нет
- 28. Главным отличием ксенона является его высокая растворимость в крови и тканях
- нет
- 29. Все летучие ингаляционные анестетики являются пусковым фактором развития злокачественной гипертермии
- да
- 30. 20% галотана выводится из организма в виде метаболитов
- да

## Основы метаболизма критических состояний и нутритивной поддержки

### 1 вариант

*Согласны ли Вы с утверждением?*

1. Калорийность 1 грамма углеводов составляет около 4 ккал  
Да
2. Калорийность 1 грамма спирта составляет 10 ккал  
Нет
3. Нутритивная поддержка противопоказана при рН 7,3  
Нет
4. Механическая кишечная непроходимость является противопоказанием для энтерального питания  
Да
5. Превращение аминокислот в глюкозу в печени называется глюконеогенезом  
Да
6. Голодание при критическом состоянии характеризуется компенсаторным снижением потребности в энергии  
Нет
7. При критическом состоянии глюкоза усваивается лучше, чем липиды  
Нет
8. Потребность в белке больного в критическом состоянии не должна превышать 2 г\кг\сутки  
Да
9. Энергопотребность снижается при введении больному катехоламинов  
Нет
10. При отлучении больного от аппарата ИВЛ энергопотребность растет  
Да
11. Соотношение энергии липидов и углеводов при тяжелом сепсисе должно составлять 50:50.  
Да
12. При критическом состоянии основным источником энергии является подкожный жир  
Нет
13. При ожирении энергопотребность всегда выше, чем при нормальной массе тела  
Да
14. Идеальная масса тела может быть рассчитана по формуле Брока  
Да
15. Больному в критическом состоянии нужно вводить двойную дозировку витамина С и витаминов группы В  
Нет
16. Начальная скорость введения энтерального питания в зонд составляет 100-150 мл в час  
Нет
17. Стандартная энтеральная смесь содержит 1000 ккал в 1000 мл  
Да
18. Энтеральные смеси, содержащие пищевые волокна, показаны при длительности зондового питания более 14 суток  
Нет
19. Энтеральные диеты типа Диабет содержат пищевые волокна  
Да
21. В 1000 мл 10% раствора аминокислот содержится 50 граммов условного белка  
Нет
22. В 1000 мл 20% глюкозы содержится 800 ккал  
Да
23. Скорость инфузии жировой эмульсии не должна превышать 100 мл в час  
Да
24. Системы для парентерального питания «все в одном» снижают риск инфицирования больного в ОРИТ  
Да

25. Иммуное питание показано у больных с политравмой  
Да
26. Гипергликемия более 10 ммоль\л является противопоказанием для проведения парентерального питания  
Нет
27. Жидкий стул более 2 раз в сутки называют диареей  
Нет
28. При остром некротизирующем панкреатите энтеральное питание противопоказано первые 7 суток  
Нет
29. Жировые эмульсии противопоказаны при множественных переломах трубчатых костей  
Да
30. Длительность парентерального питания при критическом состоянии может достигать 24 часов  
Да

*ДЕ -3 – Реабилитология*

1. Пролежень может возникнуть нВ любом участке тела, не связан со сдавлением тканей, а обусловлен тяжестью пациента – верно ли это утверждение?  
- ДА  
- НЕТ
2. Истощение или избыточная масса тела относятся к необратимым внутренним факторам риска развития пролежней:  
- ДА  
- НЕТ
3. Беспокойство – внешний обратимый фактор риска развития пролежней, не так ли?  
- ДА  
- НЕТ
4. Является ли обширное хирургическое вмешательств необратимым внутренним фактором риска развития пролежней?  
- ДА  
- НЕТ
5. Плохой гигиенический уход, складки на белье, поручни кровати, средства фиксации и неправильная техника перемещения пациента – обратимые внешние факторы риска развития пролежней:  
- ДА  
- НЕТ
6. Влияет ли лечение пролежней на увеличение прямых медицинских затрат?  
- ДА  
- НЕТ
7. Чрезмерная влажность хуже чрезмерной сухости кожных покровов – верно ли это утверждение?  
- ДА  
- НЕТ
8. Шкала Norton используется как один из возможных критериев перевода пациента из ОРИТ:  
- ДА  
- НЕТ
9. Для раневого процесса характерно 3-х фазное развитие:  
- ДА  
- НЕТ
10. Раствор фурацилина обладает выраженными антисептическими свойствами:  
- ДА

- НЕТ

11. Диагноз пролежня I стадии можно поставить при визуальном осмотре без проведения дополнительных проб:

- ДА

- НЕТ

12. Пролежень II стадии характеризуется развитием поверхностных некрозов кожных покровов:

- ДА

- НЕТ

13. Пролежень III стадии сопровождается прекращением кровоснабжения поврежденных тканей:

- ДА

- НЕТ

14. Пролежень IV стадии сопровождается развитием глубоких некрозов кожи без вовлечения сухожилий и костей:

- ДА

- НЕТ

15. Назогастральный зонд не имеет ограничений по длительности установки:

- ДА

- НЕТ

16. Для наложения гастростомы нет абсолютных противопоказаний:

- ДА

- НЕТ

17. Биопленки – новое направление в лечении гнойных ран:

- ДА

- НЕТ

18. Поверхностно активные вещества повышают бактерицидные свойства препаратов для обработки ран:

- ДА

- НЕТ

19. Во избежание риска развития инфекции руки достаточно обрабатывать до проведения процедур:

- ДА

- НЕТ

20. Интракорпоральная часть зонда соответствует расстоянию от мечевидного отростка до кончика носа:

- ДА

- НЕТ

21. Наличие зонда в желудке следует подтвердить свободным поступлением жидкости, вводимой шприцем в зонд:

- ДА

- НЕТ

22. Вода для приготовления энтеральной смеси должна быть комнатной температуры:

- ДА

- НЕТ

23. Наличие остаточного объема в желудке определяется по окончании кормления:

- ДА

- НЕТ

24. Энтеральное кормление должен проводиться в положении с приподнятым головным концом под углом в 45°:

- ДА

- НЕТ

25. Объем жидкости для промывания зонда не должен превышать 100 мл для взрослых и 50 мл для детей:

- ДА
- НЕТ
- 26. Пластырь для фиксации должен меняться в случае загрязнения или повреждения:
  - ДА
  - НЕТ
- 27. При введении лекарств в зонд дополнительного введения жидкости не требуется:
  - ДА
  - НЕТ
- 28. Повороты пациента в постели должны осуществляться каждые 4 часа:
  - ДА
  - НЕТ
- 29. Присаживание в постели может осуществляться только при условии стабильной гемодинамики:
  - ДА
  - НЕТ
- 30. Перкуссионный массаж и массаж конечностей осуществляется только у пациентов в стабильном состоянии:
  - ДА
  - НЕТ

### **Тест для аттестации**

*Согласны ли Вы с утверждением?*

1. Для сувофлурана как и изофлурана характерен феномен обкрадывания миокарда (Нет)
2. Лидокаин относится к эфирным анестетикам (Нет)
3. Модифицированная жидкая желатина ингибирует УШ фактор свёртывания (нет)
4. Растворитель мидазолама кремафор (нет)
5. Пропофол вызывает брадикардию (Да)
6. Формула гексенала включает атом серы (Нет)
7. Использование декстранов в России запрещено (Нет)
8. Крахмалы обладают нефротоксическим эффектом (Да)
9. Использование N<sub>2</sub> – блокаторов не является фактором риска пневмонии (Нет)
10. Очередной Съезд Федерации анестезиологов России в 2010 году проходил в Екатеринбурге
11. Низкомолекулярный гепарин не может вызывать тромбоцитопению (нет)
12. Трансфузия тромбомассы чаще провоцирует трансфузионное повреждение лёгких, чем свежезамороженная плазма (Нет)
13. Искусственное энтеральное питание фактор риска пневмонии (Да)
14. Нозокомиальными называются инфекции, возникающие после 72 часов пребывания в стационаре (Нет)
15. Первым профессиональным анестезиологом был Мортон (Нет)

16. Эфир повышает тонус бронхиальных мышц (Нет)
17. Проведение спинальной анестезии противопоказано у пациентов с геморрагическим инсультом в анамнезе (Нет)
18. Обычная длительность периоперационной антибиотикопрофилактики 48 часов (Нет)
19. Биодоступность нефракционированного гепарина 50% (Нет)
20. Соматостатин эффективен при деструктивном панкреатите (Нет)
21. Апротинин это непатентованное название транексама (нет)
22. Максимальная суточная доза имипенема 3 грамма (Нет)
23. Имипенем может вводиться в режиме 3-х часовой инфузии (Нет)
24. Имипенем может вызывать судороги (Да)
25. Максимальный балл по шкале Мюррея – 3 (Нет)
26. Шкалу для оценки тяжести острого лёгочного повреждения предложил Мендельсон
27. Эуфиллин препарат выбора для купирования приступа тяжёлой астмы (Нет)
28. Терапию анафилактического шока следует начинать с введения преднизолона (Нет)
29. Антибиотики с бактерицидным типом действия нельзя использовать у пациентов с септическим шоком (Нет)
30. «Ренальные» дозы допамина повышают азотовыделительную функцию почек (Нет)
31. При остром инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST показано введение метализе (Да)
32. Объёмная скорость кровотока в бедренной вене меньше, чем в подключичной (Да)
33. Декстраны могут вызвать анафилактический шок (Да)
34. Содержание прокальцитонина в крови повышается при генерализованных формах туберкулёза (Нет)
35. Тропонин – биомаркёр повреждения почек (Нет)
36. Добутамин может снижать артериальное давление (Да)
37. Добутамин повышает потребление кислорода миокардом (Да)
38. Анафилактический шок – это вариант дистрибутивного шока (Да)
39. Проведение парентерального питания показано всем пациента, в случае невозможности наладить энтеральную нутритивную поддержку в течение 3-х дней (Нет)

40. Парентеральное питание – фактор риска системного кандидоза (Да)
41. Максимальная суточная доза фраксипарина – 2 мл (Нет)
42. Альбумин — это препарат для парентерального питания (Нет)
43. Декстраны обладают гипокоагуляционным эффектом (Да)
44. Бактериемия – всегда эквивалент сепсиса (нет)
45. Коэффициент оксигенации при ОРДС менее 300 (Нет)
46. Скорость подачи кислорода на ротаметре для пациентов с гиперкапнической ОДН на фоне ХОБЛ должна быть в диапазоне – 3-6л\мин (Нет)
47. Показаниями для проведения неинвазивной вентиляции лёгких являются гиперкапническая ОДН у пациентов ХОБЛ и кардиогенный отёк лёгких (Да)
48. У пациента с лекарственной полиаллергией перед проведением общей анестезией необходимо проведение кожных тестов и реакции лейколиза с предполагаемыми к использованию препаратами *ex vivo*. (Нет)
49. Всем пациенткам перед операции на матке необходимо исследование гемостаза (Нет)
50. Величина фракции изгнания левого желудочка у пациента без клинических проявлений сердечной недостаточности обладает высокой информационной ценностью в прогнозе гемодинамических нарушений в периоперационном периоде (Нет)

## 2.2. Билеты для аттестации

### БИЛЕТ 1

1. Шкалы оценки операционно-анестезиологического риска (ASA, МНОАР), оценка кардиального риска и др.
2. Ингаляционные анестетики. Характеристика препаратов, используемые коэффициенты, противопоказания и побочные эффекты

### БИЛЕТ 2

1. Устройство наркозного аппарата. Движение газа по контурам. Проверка наркозно-дыхательной аппаратуры перед анестезией.
2. Клиническая характеристика кетамина. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их профилактика

### БИЛЕТ 3

1. Периоперационный мониторинг. Основные требования и стандарты.
2. Клиническая характеристика пропофола. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их профилактика

### БИЛЕТ 4

1. Необходимый объем обследования перед операцией в зависимости от операционно-анестезиологического риска.
2. Клиническая характеристика миорелаксантов. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их профилактика

### БИЛЕТ 5

1. Необходимый объем обследования перед операцией в амбулаторных условиях
2. Клиническая характеристика опиатов. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их профилактика

#### БИЛЕТ 6

1. Методы обеспечения проходимости дыхательных путей во время анестезии
2. Клиническая характеристика местных анестетиков. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их профилактика

#### БИЛЕТ 7

1. Техника проведения пункции и катетеризации магистральных вен (подключичная, бедренная, яремная) Потенциальные осложнения и их профилактика
2. Клиническая характеристика синтетических коллоидов. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их профилактика

#### БИЛЕТ 8

1. Характеристика контуров наркозного аппарата. Преимущества и недостатки различных контуров. Техническое обеспечение
2. Клиническая характеристика барбитуратов. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их профилактика

#### БИЛЕТ 9

1. Варианты послеоперационного обезболивания. Препараты, характеристика, показания, противопоказания
2. Клиническая характеристика препаратов для инфузионной терапии. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их профилактика

#### БИЛЕТ 10

1. Инфузионная терапия в периоперационном периоде. Препараты, показания, противопоказания
2. Клиническая характеристика севофлюрана. Показания, противопоказания, побочные эффекты и их профилактика

### **2.3. Перечень вопросов для самостоятельной подготовки ординатора к зачету**

1. Оценка тяжести и прогноза у больного в ОРИТ.
2. Клиническое исследование больного в критическом состоянии.
3. Диагностические критерии острой дыхательной недостаточности.
4. Оценка и обследование больного с шоковым синдромом.
5. Оценка гидробаланса и потребности в жидкости больного в критическом состоянии.
6. Оценка тяжести геморрагического шока и острой кровопотери.
7. Интерпретация данных респираторного мониторинга.
8. Интерпретация данных КЩС.
9. Интерпретация данных газов крови.
10. Интерпретация результатов биохимического исследования.
11. Диагностические критерии острой почечной недостаточности.
12. Алгоритм интенсивной терапии анафилактического шока.
13. Показания к ИВЛ.
14. Методы ИВЛ.
15. Протокол ранней целенаправленной терапии сепсиса.
16. Диагностические критерии госпитальной пневмонии.
17. Тактика интенсивной терапии при тяжелой травме.
18. Основные принципы лечения ожогового шока.
19. Основные методы профилактики ТЭЛА.
20. Протоколы седации и анальгезии в ОРИТ.

21. Методы обеспечения инфекционной безопасности больного в ОРИТ.
22. Гликемический контроль при стрессовой гипергликемии.
23. Методы ухода за больным в критическом состоянии.
24. Лечение внутричерепной гипертензии. Нейрохирургическое лечение.
25. Контроль общего метаболического статуса при критических состояниях.
26. Методы нутритивной поддержки при критических состояниях.

### **3. Технологии и критерии оценивания**

Оценка теоретической подготовки ординатора проводится преподавателем на основании результатов оценивания теоретических знаний (тестовый контроль, собеседование) и практических навыков. В 3 семестре сдается зачет.

Зачет в 3 семестре проводится в форме тестирования и собеседования по теоретическим вопросам и по проделанным практическим навыкам за отчетный период.

#### *Критерии оценки результатов тестирования:*

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.
2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.
4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

Менее 70% правильных ответов - неудовлетворительно

70-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и более – отлично.

#### *Критерии оценивания собеседования по ситуационной задаче;*

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.