

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Багрий Андрей Эдуардович
Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения
Дата подписания: 21.03.2025 16:48:58
Уникальный программный ключ:
2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени
М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.02 АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ
(2025 год приема)**

Донецк 2025

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Организация анестезиолого-реанимационной помощи и интенсивная терапия в многопрофильных стационарах.
2.	Деонтологические и правовые аспекты в анестезиологии и реаниматологии.
3.	Организация рабочего места анестезиолога-реаниматолога.
4.	Методы сердечно-лёгочной реанимации.
5.	Методы обеспечения проходимости дыхательных путей.
6.	Простейшие методы искусственной вентиляции легких.
7.	Показания и противопоказания к проведению сердечно-легочной реанимации
8.	Виды остановки сердца. Диагностика. Неотложная помощь.
9.	Жизнеопасные нарушения сердечного ритма. Неотложная помощь.
10.	Нарушения сознания: оглушение, сопор, кома. Дифференциальная диагностика.
11.	Дефибрилляция. Показания, методика проведения. Осложнения.
12.	Осложнения сердечно-легочной реанимации.
13.	Критерии прекращения реанимационных мероприятий. Клиническая смерть. Смерть мозга. Биологическая смерть.
14.	Физиология боли. Пути болевой чувствительности.
15.	Показатели центральной гемодинамики, методики измерения и расчета.
16.	Легочные объемы и емкости. Методики измерения.
17.	Основные показатели насосной функции сердца. Методы определения.
18.	Нарушения электролитного состава крови.
19.	Патофизиология нарушений кровообращения.
20.	Патофизиология синдрома кишечной недостаточности.
21.	Синдром системной воспалительной реакции.
22.	Нарушения кислотно-основного и газового состояния крови.
23.	Нарушения соотношения форменных элементов крови.
24.	Фармакологические средства, применяемые во время сердечно-легочной реанимации.
25.	Фармакологические средства, влияющие на инотропную функцию сердца. Классификация.
26.	Диуретики. Классификация. Фармакинетика препаратов
27.	Кровезаменители. Классификация. Фармакинетика препаратов.
28.	Антикоагулянты. Классификация. Фармакинетика препаратов.
29.	Дезагреганты. Классификация. Фармакинетика препаратов.
30.	Антиаритмические средства. Классификация. Фармакинетика препаратов.
31.	Миорелаксанты. Классификация. Фармакинетика препаратов.
32.	Сердечные гликозиды. Классификация. Фармакинетика препаратов.
33.	Наркотические анальгетики. Классификация. Фармакинетика препаратов.
34.	Ненаркотические анальгетики. Классификация. Фармакинетика препаратов.
35.	Нестероидные противовоспалительные средства. Классификация. Фармакинетика препаратов.
36.	Бензодиазепины. Классификация. Фармакинетика препаратов.
37.	Местные анестетики. Классификация. Фармакинетика препаратов.
38.	Средства для внутривенной анестезии. Классификация. Фармакинетика препаратов.
39.	Ингаляционные анестетики. Классификация. Фармакинетика препаратов.
40.	Компоненты крови. Классификация. Показания к применению.
41.	Ноотропные средства. Классификация. Показания к применению.
42.	Острый коронарный синдром. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
43.	Анафилактический шок. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
44.	Геморрагический шок. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
45.	Кардиогенный шок. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
46.	Тромбогеморрагический синдром. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
47.	Судорожный синдром. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
48.	Гипертонический криз. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
49.	Отек легких. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
50.	Отек мозга. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
51.	Астматический статус. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
52.	Тромбоэмболия лёгочной артерии. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
53.	Обморок. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
54.	Коллапс. Определение. Диагностика и неотложная помощь.
55.	Острое отравление суррогатами алкоголя. Определение. Диагностика и неотложная помощь.

56.	Утопление. Виды утопления. Неотложная помощь.
57.	Поражение электрическим током. Механизм поражения. Неотложная помощь.
58.	Поражение молнией. Механизм поражения. Неотложная помощь.
59.	Тепловой удар. Определение. Патогенез. Неотложная помощь.
60.	Солнечный удар. Определение. Патогенез. Неотложная помощь.
61.	Асфиксия. Виды асфиксии. Неотложная помощь.
62.	Термические поражения. Классификация. Неотложная помощь.
63.	Гипогликемическое состояние. Патогенез. Неотложная помощь.
64.	Гипергликемическое состояние. Патогенез. Неотложная помощь.
65.	Кровотечения. Классификация. Неотложная помощь.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. Для обеспечения работы отделений интенсивной терапии и отделений анестезиологии с койками (6 - 11) устанавливается:

- А. Не установлено круглосуточного поста;
- Б. 2 круглосуточных поста;
- В. Зависит от профиля больницы.;
- Г. 1 круглосуточный пост врачей.

2. В санпропускник многопрофильной больницы доставлена девочка 4 лет, которая упала с высоты своего роста, потеряла сознание, наблюдались судороги и многократная рвота. Объективно: ребенок без сознания, кожа цианотичная, дыхание аритмическое, PS-110 в 1 мин., аритмический, АД 110/70 мм рт ст. В какое отделение необходимо госпитализировать ребенка?

- А. Отделение интенсивной терапии;
- Б. Отделение неврологии;
- В. Отделение нейрохирургии;
- Г. Педиатрическое отделение.

3. Селективным β_2 адренергическим эффектом обладает

- А. Адреналин;
- Б. Изопротеренол;
- В. Беротек;
- Г. Атропин.

4. При исследовании ФВД установлено, что дыхательный объем составляет 500 мл. С альвеолярным воздухом у данного пациента во время вдоха смешивается ____ миллилитров газа

- А. 350 мл;
- Б. 75 мл;
- В. 150 мл;
- Г. 450 мл.

5. При вдыхании газовой смеси, содержащей повышенную концентрацию CO_2 , у здорового человека сначала будет наблюдаться

- А. Увеличение частоты дыхания;
- Б. Увеличение глубины и частоты дыхания;
- В. Увеличение глубины и уменьшение частоты дыхания;
- Г. Увеличение глубины дыхания.

6. Охарактеризуйте дыхание Чейн - Стокса.

- А. Короткий вдох и длительный выдох;
- Б. Длительный вдох и короткий выдох;
- В. Дыхательные паузы, чередующиеся с частым глубоким дыханием;
- Г. Плавное изменение амплитуды дыхания с короткими паузами.

7. У здорового человека мозговой кровоток остается неизменным при колебаниях среднего артериального давления в пределах:

- А. 60-150 мм.рт.ст..
- Б. 50-130 мм.рт.ст..
- В. 120-200 мм.рт.ст.

Г. 100-220 мм.рт.ст.

8. Наиболее мощным фактором, влияющим на мозговой кровоток:

- А. PaCO_2 ;
- Б. PaO_2 ;
- В. рН крови;
- Г. HCO_3 .

9. Сатурация кислорода по данным пульсоксиметрии во время хирургических операций не должна опускаться ниже _____

- А. 95%;
- Б. 70%;
- В. 80%;
- Г. 85%.

10. Сильнейшим ингаляционным анестетиком является:

- А. Фторотан;
- Б. Закись азота;
- В. Диэтиловый эфир.
- Г. Изофлуран.

11. При использовании диазепама в больших дозах следует ожидать

- А. Повышение АД;
- Б. Релаксации мышц;
- В. Депрессии дыхания;
- Г. Нарушения сердечного ритма.

12. Наиболее информативным критерием хирургической стадии анестезии является:

- А. Исчезновение рефлекса с ресниц;
- Б. Размер зрачка;
- В. Начало ритмичного дыхания;
- Г. Исчезновение роговичного рефлекса.

13. К группе агонистов-антагонистов опиоидных рецепторов относится

- А. Калипсол;
- Б. Налоксон;
- В. Фентанил;
- Г. Диазепам.

14. Самый надежный критерий эффективности проведения ИВЛ это:

- А. Дыхательный объем;
- Б. PaO_2 и PaCO_2 ;
- В. Минутный объем дыхания;
- Г. Частота дыхания;

15. Недостаточность витамина К приводит к нарушению свертываемости крови в результате:

- А. Гипопротромбинемии;
- Б. Угнетения функциональной активности тромбоцитов;
- В. Угнетения синтеза антитромбина III;
- Г. Активации фибринолиза.

16. Больной 60 лет с закрытым переломом левого бедра в состоянии травматического шока II степени: АД – 85/60 мм рт. ст., пульс – 118 уд в мин. Объем скрытой кровопотери:

- А. 250-500 мл;
- Б. 1-1, 5 л;
- В. 1,7-2,0 л;
- Г. 2,0-2,5 л.

17. Больной 30 лет после дорожно-транспортного происшествия заторможенный, кожа и слизистые бледные, пульс 122 уд в мин, ритмичный, слабого наполнения, АД 85/40 мм рт ст. дыхание поверхностное, частое. Рефлексы ослаблены. Диурез снижен. Первоочередными лечебными

мероприятиями являются

- А. Обезболивание, иммобилизация, восполнение ОЦК;
- Б. Иммобилизация, переливание крови, стимуляция диуреза;
- В. Переливание кровозаменителей, глюкокортикоидов, сердечных гликозидов;
- Г. Восполнение ОЦК, иммобилизация, стимуляция диуреза.

18. Больной 27 лет найден на улице без сознания, с отсутствием пульса на сонных артериях, расширенными зрачками. Кожа бледная, теплая, цианотических участков нет, тургор глазных яблок и пассивные движения в конечностях сохранены. Какой вид неотложной помощи необходимо выполнить больному?

- А. Дефибрилляцию сердца;
- Б. В связи с биологической смертью неотложная помощь не показана;
- В. Внутрисердечное введение адреналина;
- Г. Элементарная сердечно-легочная реанимация.

19. Человек пожилого возраста находясь на улице потерял сознание. Пульсация на сонной артерии не определяется. Реанимационные мероприятия следует начинать с

- А. Дать вдохнуть пары нашатырного спирта;
- Б. Дыхания «изо рта в рот»;
- В. Закрытого массажа сердца;
- Г. Прекардиального удара.

20. Индекс Альговера 2 соответствует ____ степени травматического шока.

- А. Второй;
- Б. Четвертой;
- В. Третьей;
- Г. Первой.

21. Для неотложной терапии анафилактического шока необходимо ввести

- А. Внутримышечно 125 миллиграмм гидрокортизона;
- Б. Внутривенно 1% раствор димедрола;
- В. Внутривенно капельно 10 мл 10% раствора хлорида кальция;
- Г. Внутривенно капельно 0,1% раствор адреналина 0,5 мл.

22. Женщина 38 лет внезапно потеряла сознание. На ЭКГ данных в пользу инфаркта миокарда нет, желудочковая тахикардия с ЧСС 160 в минуту; АД 50/20 мм рт.ст. Данное состояние обусловлено

- А. Коллапсом;
- Б. Отеком легких;
- В. Сердечной астмой;
- Г. Аритмогенным шоком.

23. Свежезамороженная плазма используется для устранения дефицита ____ факторов

- А. VIII (антигемофильного глобулина);
- Б. II (протромбина);
- В. VII (проконвертина);
- Г. Многих.

24. Использование энфлурана приводит к

- А. Депрессии дыхания;
- Б. Повышению мозгового кровотока и внутричерепного давления;
- С. Усилению почечного кровотока;
- Д. Улучшению кровотока в миокарде при сопутствующей ИБС.

25. Тиопенталу Na присущи побочные эффекты

- А. Снижение системного АД;
- Б. Увеличение ударного объема сердца;
- В. Увеличение сердечного выброса;
- Г. Брадикардия.

26. Раствору Филипс-1 по своему составу соответствует раствор

- А. Хлорсоль;

- Б. Ацесоль;
- В. Дисоль;
- Г. Трисоль.

27. В начальной стадии холеры чаще всего наблюдается

- А. Повышение температуры тела, анурия, экзикоз;
- Б. Артериальная гипотензия, анурия, снижение температуры тела;
- В. Понос, рвота, мышечные судороги;
- Г. Понос, рвота, повышение температуры тела.

28. У больной 26 лет на 3 сутки после криминального аборта появились гнойные выделения из половых путей, температура тела поднялась до 39⁰С. Жалобы на выраженную одышку, общую слабость, фебрильную лихорадку. При рентгенологическом исследовании легких обнаружены диффузные очаги воспаления с обеих сторон. Для оценки состояния данной пациентки необходимо использовать шкалу

- А. SOFA;
- Б. APACHE-II;
- В. APACHE-III;
- Г. SAPS.

29. Для антидотной терапии при отравлении грибами нужно назначить

- А. Липоевую кислоту 1000 мг/сут;
- Б. Гидрокортизон 10-15 мг/кг;
- В. Пенициллин 1 млн. Ед/кг;
- Г. Контрикал 20-100 тыс. АФЕ/сутки.

30. Больным с острым отравлением ФОС на догоспитальном этапе выполняется:

- А. Введение атропина, алоксима;
- Б. Введение АТФ, эуфиллина;
- В. Введение раствора гидрокарбоната, глюконата кальция;
- Г. Коррекция гиповолемии.

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Больной 22 лет, доставлен в стационар с места происшествия (автокатастрофа). В сознании, заторможен. Зрачки расширены, бледен, покрыт липким потом. Артериальное давление 60/40 мм.рт.ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный сосчитать его не удастся. Тахипноэ до 30 в 1 мин. При осмотре: закрытый перелом костей таза и обеих голени. На месте происшествия врачом бригады скорой помощи больному внутривенно введено 1 мл 1% раствора морфина и 2 мл 1% раствора кордиамина.

Вопросы:

1. Определите стадию шока.
2. Какие исследования являются первоочередными?
3. Наметьте план проведения интенсивной терапии.
4. Динамическое наблюдение каких клинико-биохимических показателей необходимо?
5. Развитие каких осложнений возможно у данного пациента?

2. Больной отравился грибами. Клинические признаки: обильное слюнотечение, тошнота, рвота, колики в животе, профузный понос, повышенное потоотделение, мидриаз, двигательное беспокойство, бред, галлюцинации. АД 80/40 мм.рт.ст., тахикардия до 100 в 1 мин.

Вопросы:

1. Какими грибами отравился больной?
2. Какова лечебная тактика реаниматолога?
3. Какие методы детоксикации целесообразно использовать?
4. Какие периоды клинического течения характерны при отравлении ядовитыми грибами?
5. Какие изменения при лабораторном исследовании будут характерны для данного критического состояния.

3. Бригада "неотложной помощи" прибыла к мужчине 23 лет, который употребляет инъекционные наркотики. Состояние больного тяжелое, уровень сознания - кома 1-2 ст. Кожные покровы влажные, акроцианоз. Зрачки узкие, фотореакция вялая. ЧД 4-6 в минуту. Дыхание угнетено. Аускультативно: дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное. Тоны сердца приглушены. Ритм сохранен, ЧСС 62 в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. При поступлении в стационар у больного мидриаз, тахикардия 126 в минуту.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. В какое отделение необходимо госпитализировать больного
3. Какая лечебная тактика реаниматолога?
4. Наиболее оптимальный способ детоксикации.
5. Введение каких антидотов целесообразно?

4. Больной 47 лет поступил с сильными болями в эпигастральной области, иррадиирующие в область левого реберно-позвоночного угла, левую лопатку, руку и левую половину шеи. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой. Накануне употреблял алкоголь. Объективно: состояние пациента тяжелое. Больной возбужден, дезориентирован. АД 90/60 мм рт. ст., пульс до 100 в 1 мин. Язык сухой, живот вздут. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – чаши Клойбера отсутствуют.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Какая наиболее характерная триада данного заболевания?
3. Какова лечебная тактика реаниматолога?
4. Какие клинико-лабораторные методы исследования отображают положительную динамику лечения?
5. Кто занимается реабилитацией этих пациентов?

5. Пациент 68 лет находится в отделении нейрореанимации с диагнозом: массивное аневризмальное субарахноидальное кровоизлияние острое. Состояние больного тяжелое. Уровень сознания – кома I. Проводится аппаратное ИВЛ, в режиме умеренной гипервентиляции. Проводится интенсивная терапия, направленная на борьбу с отеком-набуханием головного мозга и церебропротекцию.

Вопросы:

1. Чем обусловлен синдром «внутричерепного обкрадывания»?
2. Какие процессы наблюдаются в нейронах головного мозга при повышении содержания внутриклеточного кальция?
3. Какие лечебные мероприятия способствуют улучшению кислородного бюджета и увеличению доставки энергетических субстратов к нейронам головного мозга?
4. Развитие каких осложнений обуславливают тяжесть состояния пациента при массивных субарахноидальных кровоизлияниях?
5. Какие основные направления лечения массивного субарахноидального кровоизлияния?

Зав. кафедрой анестезиологии,
интенсивной терапии, медицины
неотложных состояний ФНМФО,
д.мед.н.. профессор



И.В. Кузнецова