MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Анестезиология-реаниматология

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 2 | Вопросов: 24

Сформировано: 21.11.2026, 03:57 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1

Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2

Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3

Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4

Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

Содержание

Нажмите на задачу, чтобы перейти к ней. Справа указана страница.

0001	Пациент Н. 79 лет, госпитализируется на торакальное отделение для субтотальной резекции пищевода и одном...	3
0002	Молодой человек 25 лет поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии без сознания в сопровождени...	11

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Анестезиология-реаниматология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациент Н. 79 лет, госпитализируется на торакальное отделение для субтотальной резекции пищевода и одномоментной пластики желудочным стеблем.

1.2. Жалобы

На задержку прохождения твердой пищи по пищеводу, изжогу, тошноту, похудание на 9 кг за 3 месяца, слабость.

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда возникли симптомы заболевания. В анамнезе хронический гастрит.

1.4. Анамнез жизни

Лекарственный анамнез:

метформин 500 мг 2 р/сут., +
эналаприл 10 мг 1 р/сут., +
бисопролол 2,5 мг 2 р/сут., +
индапамид 1,5 мг 1 р/сут.

Сопутствующие заболевания: хроническая сердечная недостаточность IIA функциональный класс II. Гипертоническая болезнь, II стадии, II степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4. Сахарный диабет 2 типа.

Перенесённые заболевания:

Вирусный гепатит, туберкулёз, сифилис, ВИЧ отрицает. +
Гемотрансфузии не проводились. +
Аллергоанамнез не отягощён. +
Наследственность не отягощена. +
Вредные привычки отсутствуют

1.5. Объективный статус

Диагноз: злокачественное новообразование нижней трети пищевода.

Планируемая операция: субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой желудочным стеблем.

Масса тела: 62 кг, рост: 177 см. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной влажности, теплые, физиологической окраски. Язык чистый, влажный. При осмотре отеков, пастозности не выявлено.

Артериальное давление 140 и 80 мм рт. ст. Пульс 78×мин-1. Тоны сердца – ясные, шумов, акцентов нет. Частота дыхательных движений 16×мин-1. Дыхание – везикулярное, хрипов нет.

Сложность интубации по Mallampati I.

Живот мягкий. Печень не пальпируется. Диурез в норме.

Группа крови A(II) Rh (-). Есть подтверждение из отделения переливания крови.

Лабораторно: Hb 132 г/л (120-140 г/л).

ЭКГ: Ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка.

1. План обследования

Вопрос 1

Пациентам с сахарным диабетом перед операцией следует выполнить

1. стресс-эхокардиографию
2. колоноскопию
3. **исследование глазного дна с расширенным зрачком**
4. УЗИ печени

Правильный ответ:
3 - исследование глазного дна с расширенным зрачком

ОБОСНОВАНИЕ

Исследование глазного дна с расширенным зрачком - вероятность кровоизлияний при препролиферативной и пролиферативной диабетической ретинопатии (уровень убедительности рекомендаций IIa, уровень достоверности доказательств – B).

Клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов. Периоперационное ведение пациентов с сопутствующим сахарным диабетом, 2017 г. (1)

3. Результаты обследования

3.1. Исследование глазного дна с расширенным зрачком

В пределах сетчатки имеются патологические изменения в виде микроаневризм.

Вопрос 2

Плановую операцию следует отложить при значении уровня гликозелированного гемоглобина (HbA1c) более _____ %

1. 6,5
2. 5,5
3. **8,5**
4. 7,5

Правильный ответ:
3 - 8,5

ОБОСНОВАНИЕ

Если HbA1c≥8,5%, то плановую операцию следует отложить до тех пор, пока состояние пациента улучшится (уровень убедительности рекомендаций I, уровень достоверности доказательств – A).

Клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов. Периоперационное ведение пациентов с сопутствующим сахарным диабетом, 2017 г. (1)

Вопрос 3

Перед операцией у пациента с сахарным диабетом при подозрении на диабетическую хроническую болезнь почек следует определить

1. количество лейкоцитов в общем анализе мочи
2. значение гликированного гемоглобина
3. **соотношение альбуминурии к креатинину мочи**
4. уровень прокальцитонина

Правильный ответ:
3 - соотношение альбуминурии к креатинину мочи

ОБОСНОВАНИЕ

Новые рекомендации оценивают степень ДХБП по соотношению альбуминурии к креатинину мочи: стадия А1 <3 мг/ммоль, стадия А2 3-30 мг/ммоль, стадия А3 >30 мг/ммоль (уровень убедительности рекомендаций I, уровень достоверности доказательств – B).

Клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов. Периоперационное ведение пациентов с сопутствующим сахарным диабетом, 2017 г. (1)

6. Результаты обследования

6.1. Соотношение альбуминурии к креатинину мочи

Альбумин в моче 42 мг/л

Креатинин в моче 6 мг/ммоль

Соотношение альбумина к креатинину = 8

6.2. Количество лейкоцитов в общем анализе мочи

Лейкоциты в моче- 1-2 в поле зрения

2. Лечение

Вопрос 4

Прием метформина следует прекратить за (в часах)

1. **48**
2. 36
3. 24
4. 12

Правильный ответ:
1 - 48

ОБОСНОВАНИЕ

Модификация пероральной гипогликемической терапии до проведения оперативного вмешательства заключается в прекращении приема метформина накануне. Это связано с риском формирования лактатацидоза во время операции

Риск лактатацидоза

Клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов. Периоперационное ведение пациентов с сопутствующим сахарным диабетом, 2017 г. (1)

Вопрос 5

Ингибиторы аденозин-превращающего фермента/блокаторы ангиотензиновых рецепторов рекомендуется отменять за _____ до некардиального оперативного вмешательства (в часах)

1. 12
2. **24**
3. 48
4. 72

Правильный ответ:
2 - 24

ОБОСНОВАНИЕ

Как показало одно обсервационное исследование, отмена ИАПФ / БРА за 24 часа до некардиальной операции была связана со снижением риска общей смертности, риска повреждения миокарда и инсульта

Клинические рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов. ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, 2020 г. (1)

3. Вариатив

Вопрос 6

Хронической сердечной недостаточности с умеренно сниженной фракцией выброса соответствует значение фракции выброса _____ %

1. более 50
2. менее 30
3. **41 - 49**
4. 30 - 39

Правильный ответ:
3 - 41 - 49

ОБОСНОВАНИЕ

Хронической сердечной недостаточности умеренно сниженной фракцией выброса соответствует значение фракции выброса от 41 до 49%

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г. (1)

Вопрос 7

Критерием высокого риска операции при резекции пищевода являются значения жизненной емкости легких на ____ % ниже нормы

1. **50**
2. 30
3. 10
4. 20

Правильный ответ:
1 - 50

ОБОСНОВАНИЕ

Для осуществления эффективного откашливания жизненная ёмкость лёгкихдолжна превышать дыхательный объем в 3 раза. Снижение жизненной ёмкости лёгких на 50% ниже нормы, то есть менее 2 л, является критерием высокого риска операции (2а).

Клинические рекомендации Союза реабилитологов России. Периоперационное ведение больных раком пищевода, 2013 г. (1)

Вопрос 8

Показателем клинического анализа крови, который отражает нутритивный статус, является

1. гематокрит
2. **абсолютное число лимфоцитов**
3. количество эозинофилов
4. уровень гемоглобина

Правильный ответ:
2 - абсолютное число лимфоцитов

ОБОСНОВАНИЕ

Абсолютное число лимфоцитов (АЧЛ) - отражает состояние иммунной системы, напрямую связанное со степенью белковой недостаточности, поэтому данный показатель клинического анализа крови отражает нутритивный статус пациента

Клинические рекомендации Союза реабилитологов России. Периоперационное ведение больных раком пищевода, 2013 г. (1)

Вопрос 9

Оптимальным обезболиванием при торакальных операциях является

1. рутинное использование наркотических анальгетиков
2. сочетание нестероидных противовоспалительных средств и наркотических анальгетиков
3. сочетание парацетамола и наркотических анальгетиков
4. **сочетание нестероидных противовоспалительных средств и пролонгированной эпидуральной аналгезии**

Правильный ответ:
4 - сочетание нестероидных противовоспалительных средств и пролонгированной эпидуральной аналгезии

ОБОСНОВАНИЕ

Адекватное обезболивание снижает риск послеоперационных легочных осложнений за счет облегчения процесса дыхания, увеличения глубины вдоха. Оптимальным является сочетание нестероидных противовоспалительных средств и пролонгированной эпидуральной аналгезии. Рутинное использование наркотических анальгетиков нецелесообразно, так как это усиливает парез кишечника и угнетает дыхательный центр, что, в свою очередь увеличивает риск дыхательных осложнений, затрудняя рефлекторный ответ на гипоксию и гиперкапнию, повышая риск аспирации.

Клинические рекомендации Союза реабилитологов России. Периоперационное ведение больных раком пищевода, 2013 г. (1)

Вопрос 10

На недостаточный коронарный резерв и увеличение риска послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений указывает неспособность подняться на

1. **два лестничных пролета или пробежать короткое расстояние**
2. три лестничных пролета или пробежать короткое расстояние
3. один лестничный пролет
4. четыре лестничных пролета

Правильный ответ:
1 - два лестничных пролета или пробежать короткое расстояние

ОБОСНОВАНИЕ

При оценке кардиологического риска определяют коронарный резерв, который измеряется в метаболических эквивалентах (МЭТ). Один МЭТ равен потреблению кислорода в покое у 40-летнего мужчины массой 70 кг и составляет примерно 3,5 мл/кг. Нагрузочное тестирование обеспечивает объективную оценку коронарного резерва.

В отсутствии тестирования коронарный резерв можно оценить по способности выполнять физическую нагрузку в повседневной жизни. Так, 1 МЭТ представляет метаболический запрос при отдыхе, подъем на два лестничных пролета требует 4 МЭТ, плавание требуют более 10 МЭТ

Неспособность подняться на два лестничных пролета или пробежать короткое расстояние (< 4 МЭТ) свидетельствует о недостаточном коронарном резерве, что соотносится с увеличением риска послеоперационных сердечно-сосудистых осложнений

Клинические рекомендации Союза реабилитологов России. Периоперационное ведение больных раком пищевода, 2013 г. (1)

Вопрос 11

Одним из показателей крови, по которому можно дать оценку нутритивного статуса, является

1. мочевина
2. общий билирубин
3. прокальцитонин
4. **трансферрин**

Правильный ответ:
4 - трансферрин

ОБОСНОВАНИЕ

Для оценки питательного статуса используют лабораторные методы исследования: измерение уровня сывороточных белков, синтезируемых печенью - альбумин, трансферрин

Клинические рекомендации Союза реабилитологов России. Периоперационное ведение больных раком пищевода, 2013 г. (1)

Вопрос 12

К промежуточному риску периоперационных сердечно-сосудистых осложнений (по L. Eagle и K. Fleisher, 1996) относят наличие

1. гемодинамически значимых желудочковых аритмий
2. артериальной гипертензии
3. **сахарного диабета**
4. гипертрофии левого желудочка, блокада левой ножки пучка Гиса

Правильный ответ:
3 - сахарного диабета

ОБОСНОВАНИЕ

К промежуточному риску периоперационных сердечно-сосудистых осложнений относят наличие стенокардии напряжения I-II функциональный класс, давний инфаркт миокарда, компенсированную сердечную недостаточность, сахарный диабет

Клинические рекомендации Союза реабилитологов России. Периоперационное ведение больных раком пищевода, 2013 г. (1)

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Анестезиология-реаниматология · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Молодой человек 25 лет поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии без сознания в сопровождении родителей. Не реагирует на обращённую речь.

1.2. Жалобы

Собрать не удается

1.3. Анамнез заболевания

Был обнаружен родителями дома без сознания, не реагировал на оклик и раздражители. Отмечалась выраженная бледность и редкое дыхание. Была вызвана бригада скорой помощи, доставившая пациента в больницу.

1.4. Анамнез жизни

Со слов родителей, хроническими заболеваниями не страдает. Регулярно проводит время с друзьями в ночных клубах. В последнее время отмечалось нетипичное поведение, скрытность в отношении друзей и личной жизни.

Также последнюю неделю отмечал повышение температуры тела до 38,0°С по вечерам при отсутствии признаков респираторного заболевания.

Аллергические реакции не отмечались.

Профессиональных вредностей не имеет.

1.5. Объективный статус

Рост 192 см, вес 80 кг.

Состояние тяжелое. На вопросы не отвечает, не реагирует на раздражители. Оценка по шкале комы Глазго = 3 балла.

Температура тела 38,5°С. Двусторонний миоз. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь.

Визуально отмечаются несколько кровоподтеков и макулопапулезная сыпь на медиальной поверхности левого предплечья.

Дыхание самостоятельное, поверхностное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. ЧДД 10/мин, без участия вспомогательной мускулатуры. SaO_2 = 91% при дыхании воздухом.

Систолический шум в точке выслушивания трикуспидального клапана (регургитация).

АД = 110/60 (ср. АД 76) мм рт. ст. ЧСС 50 уд/мин. На мониторе ЭКГ брадикардия.

Живот мягкий.

Показатели глюкометрии 4,5 ммоль.

1. Диагноз

Вопрос 1

Учитывая данные анамнеза, наиболее вероятным предварительным диагнозом является

1. Внутреннее кровотечение
2. Острое нарушение мозгового кровообращения
3. Спонтанный пневмоторакс
4. **Острая наркотическая интоксикация**

Правильный ответ:
4 - Острая наркотическая интоксикация

ОБОСНОВАНИЕ

Основу диагностики составляют симптомы, выявляемые при осмотре. Визуального осмотр включает оценку размера зрачка, уровня изменения сознания, цвета и влажности кожных покровов и слизистых. Именно три симптома визуальной оценки состояния больного – размер зрачка, уровень изменения сознания, и состояние кожных покровов и слизистых - являются отправной точкой для диагностики. Миоз с угнетением сознания, бледность кожи, брадикардия, гипотония, брадипноэ характерны для отравления опиатами.

Федеральные клинические рекомендации Ассоциации клинических токсикологов. Отравление наркотиками и психодислептиками. 2018 г. (1)

Гипертермия может возникнуть в результате развития у пациента аспирационной пневмонии и наличия инфекционных осложнений, таких как эндокардит. Обследование кожи может позволить определить наличие инъекционных воздействий, самых доступных знаков, свидетельствующих о наличии в анамнезе хронического потребления наркотических препаратов.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

3. Диагноз

3.1. Острая наркотическая интоксикация

3.2. Острое нарушение мозгового кровообращения

2. План обследования

Вопрос 2

Необходимыми лабораторными исследованиями у данного пациента являются

1. **микробиологический посев крови**
2. **общий анализ мочи**
3. **биохимический анализ крови**
4. коагулограмма
5. **анализ мочи на токсические вещества**
6. **газовый состав крови**

Правильные ответы:
1 - микробиологический посев крови
2 - общий анализ мочи
3 - биохимический анализ крови
5 - анализ мочи на токсические вещества
6 - газовый состав крови

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется выполнение как минимум 2 посевов крови у пациентов с риском развития инфекционного эндокардита: пациентам с врожденными и приобретенными аномалиями развития, раннее перенесенным ИЭ, с протезами клапанов сердца, иммунодефицитным статусом или инъекционным наркоманам, имеющим лихорадку неясного генеза более 48 часов.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Рекомендуется лабораторная диагностика у пациентов с подозрением на употребление наркотических препаратов. У пациентов, у которых точно выявлены симптомы отравления, либо, наоборот, выявляется клиника без наличия чёткого анамнеза, должен быть обязательно выполнен общий анализ мочи.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Рекомендуется лабораторная диагностика у пациентов с подозрением на употребление наркотических препаратов. У пациентов, у которых точно выявлены симптомы отравления, либо, наоборот, выявляется клиника без наличия чёткого анамнеза, должны обязательно выполнены сывороточные электролиты, мочевина и креатинин_. _Измерение осмоляльности сыворотки, содержание кетонов, амилазы, кальция, магния, а также исследование функции печени должны быть обязательно выполнены у данной категории лиц.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Рекомендуется лабораторная диагностика у пациентов с подозрением на употребление наркотических препаратов. Должен быть в обязательном порядке проведён анализ мочи на токсические препараты при подозрении на отравление.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Рекомендуется лабораторная диагностика у пациентов с подозрением на употребление наркотических препаратов. Напряжение газов артериальной крови, лактат представляют собой параметры, необходимые для пациентов с наличием сердечно-сосудистых, неврологических, респираторных и кислотно-основных нарушений.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

5. Результаты лабораторных исследований

5.1. Газовый состав крови

Показатель	Результат	Референсные значения
pH	7,34	(7,35-7,45)
pCO2	35 мм рт. ст.	(35-45)
pO2	85 мм. рт. ст.	(80-100)
ctHB	140 г/л	(130-180)
saO2	91%	(94-100)
HCO3	20 ммоль/л	(22-25)
Lac	2,6 ммоль/л	(0,5-2,4)
BE	-2,2 ммоль/л	(-2 - +2)

5.2. Общий анализ мочи

Показатель	Результат
Цвет	светло-желтый
Прозрачность	прозрачная
Удельный вес	1010
Реакция (pH)	кислая
Белок	не обнаружен
Сахар	не обнаружен
Кетоновые тела	не обнаружены
Эритроциты	1-2 в п.зр.
Лейкоциты	2-3 в п.зр
Эпителий	1-2 в п.зр
Слизь	в умеренном количестве
Бактерии	отсутствуют

5.3. Биохимический анализ крови

Показатель	Результат	Референсные значения
Общий белок	80,4 г/л	(67-87)
Альбумин	40,6 г/л	(35-55)
АлАТ	34,4 ед/л	(10-37)
АсАТ	42,5 ед/л	(8-46)
Альфа-амилаза	88 ед/л	(27-131)
Общий холестерин	3,5 ммоль/л	(до 6,1)
Билирубин общий	15,0 мкмоль/л	(5,1-17)
Креатинин	98,4 мкмоль/л	(74-110)
Мочевина	6,2 ммоль/л	(2,8-7,5)
Калий	4,8 ммоль/л	(3,5-5,0)
Натрий	139 ммоль/л	(136-145)
Магний	1,1 ммоль/л	(0,8-1,2)
Кальций общий	2,0 ммоль/л	(2,2-2,6)

5.4. Анализ мочи на токсические вещества

Положительный результат на кодеин/морфин.

5.5. Микробиологический посев крови

Высеян Staphylococcus aureus MRSA.

Вопрос 3

Строго необходимым инструментальным исследованием у данного пациента при поступлении является

1. фиброгастродуоденоскопия
2. рентгенография легких
3. **электрокардиограмма**
4. УЗИ брюшной полости

Правильный ответ:
3 - электрокардиограмма

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется запись ЭКГ у пациентов с признаками злоупотребления наркотическими препаратами.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

7. Результаты инструментальных методов исследования

7.1. Электрокардиограмма

Заключение: Синусовый ритм. Брадикардия. ЧСС 50 уд/мин. Нарушение процессов реполяризации в передне-перегородочной области левого желудочка. Признаки дилатации правого предсердия.

7.2. Фиброгастродуоденоскопия

Заключение: Пищевод свободно проходим, не сужен. Слизистая розовая, кардия смыкается полностью. Рефлюкс желудочного содержимого отсутствует. Слизистая желудка розовая, гиперемирована умеренно, сглажена. Перистальтика сохранена. В полости желудка секреторная жидкость, слизь, остатки пищи. Луковица 12-перстной кишки не деформирована, проходимость сохранена. Слизистая розовая, гладкая.

Поверхностный гастрит.

Вопрос 4

Необходимым дополнительным инструментальным обследованием для данного пациента является

1. УЗДГ нижних конечностей
2. **эхокардиография**
3. компьютерная томография головного мозга
4. компьютерная томография груди

Правильный ответ:
2 - эхокардиография

ОБОСНОВАНИЕ

Степень вероятности возникновения септического эндокардита у лиц, пользующихся нестерильными шприцами (при наркомании) в 30 раз выше.

Инфекционный эндокардит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016 (1)

При подозрении на инфекционный эндокардит рекомендуется выполнение ЭхоКГ для выявления вегетаций. Необходима эхокардиографическая оценка гемодинамической характеристики патологии клапанного аппарата, оценка функции желудочков и давления в легочной артерии, выявление осложнений. (1)

9. Результаты инструментальных методов обследования

9.1. Эхокардиография

Заключение: незначительное расширение полости правого предсердия. Нарушений локальной проводимости левого желудочка не выявлено. Диастолическая функция левого желудочка не нарушена. Трикуспидальная регургитация 1 степени. Вегетации на трикуспидальном клапане. Жидкости в полости перикарда не выявлено.

3. Лечение

Вопрос 5

Неотложными мероприятиями у данного пациента являются инсуфляция кислорода через лицевую маску и внутривенное введение

1. **налоксона**
2. цефтриаксона
3. морфина
4. гентамицина

Правильный ответ:
1 - налоксона

ОБОСНОВАНИЕ

В случае подозрения острой наркотической интоксикации необходимо внутривенное введение 0,05-2,0 мг налоксона. Целью введения налоксона является обеспечение адекватной вентиляции.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Вопрос 6

Длительность действия налоксона при в/в введении составляет

1. **45-90 мин**
2. 4-6 часа
3. 15-20 мин
4. 12-14 часов

Правильный ответ:
1 - 45-90 мин

ОБОСНОВАНИЕ

Действие налоксона длится всего 45-90 мин, поэтому для поддержания эффекта требуется повторение болюса.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Вопрос 7

После применения налоксона следует внимательно наблюдать за состоянием пациента для своевременной диагностики осложнений, одним из которых является

1. лейкопения
2. **синдром отмены опиоидов**
3. олигурия
4. анафилактический шок

Правильный ответ:
2 - синдром отмены опиоидов

ОБОСНОВАНИЕ

Следует с осторожностью относиться к потенциально серьезным побочным эффектам налоксона, которые включают отек легких, судороги и возникновение синдрома отмены опиоидов.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Вопрос 8

Через час после начала интенсивной терапии у пациента начались судорожные подергивания мышц конечностей. Препаратом первой группы, необходимым для купирования возникшего состояния, является

1. пропофол
2. **сибазон**
3. тиопентал натрия
4. галоперидол

Правильный ответ:
2 - сибазон

ОБОСНОВАНИЕ

Препаратами первой группы для купирования судорожного синдрома должны быть бензодиазепины, второй - барбитураты.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Вопрос 9

Через несколько часов пациент пришел в сознание, однако сразу стал агрессивным, начал кричать, пытаться встать с кровати, жаловался на нестерпимую боль в мышцах и требовал ввести ему дозу героина. Препаратами для купирования синдрома отмены являются

1. налоксон
2. парацетамол
3. морфин
4. **клофелин**
5. **метадон**
6. **дексмедетомидин**

Правильные ответы:
4 - клофелин
5 - метадон
6 - дексмедетомидин

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с синдромом «отмены» легкой или средней степени тяжести можно применять клофелин, который также уменьшает симптомы отмены опиоидов, в особенности симптомы, связанные с вегетативной дисфункцией. Стандартные дозы клофелина, используемые для лечения синдрома «отмены», могут варьировать от 0,1 до 0,2 мг внутрь каждые 6 ч. Снижение артериального давления и частоты сердечных сокращений являются маркерами адекватного воздействия препарата. При отсутствии снижения боли и гемодинамической реакции дозу клофелина изменяют. Лицам с тяжелой степенью зависимости может потребоваться 2-4 мкг/кг в течение 5-10 мин внутривенно для получения заметного эффекта.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Общие принципы, касающиеся ведения пациентов с синдромом «отмены» заключается в постепенном снижении дозы опиатов и разработке индивидуального плана их отмены. Стартовая доза метадона составляет 20 мг перорально или 10 мг подкожно/внутримышечно, или 1,25 мг внутривенно методом титрования (каждые 5-10 мин) до уменьшения или купирования абстинентного синдрома. Для пациентов, имеющих более выраженную опиоидную зависимость, требуются для лечения более высокие дозы метадона (30 мг).

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Другие альфа-2-агонисты, такие как дексмедетомидин, также используются для лечения абстинентного синдрома.

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Вопрос 10

Спустя еще 2 часа состояние стабилизировалось на фоне терапии метадоном. Больной в сознании, на вопросы отвечает осознанно. Жалоб не предъявляет. На следующие сутки следует

1. отменить введение метадона
2. **снизить дозировку метадона на 20%**
3. оставить дозировку метадона прежней
4. снизить дозировку метадона на 50%

Правильный ответ:
2 - снизить дозировку метадона на 20%

ОБОСНОВАНИЕ

После стабилизации состояния ежедневную дозу метадона уменьшают на 20% от предыдущей в день (для стационарных больных).

Периоперационное ведение пациентов с наркотической зависимостью. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2018 (1)

Вопрос 11

В качестве антибактериальной терапии осложнений, развившихся у пациента, следует начать в/в введение

1. цетриаксона
2. **ванкомицина**
3. гентамицина
4. бензилпенициллина

Правильный ответ:
2 - ванкомицина

ОБОСНОВАНИЕ

Для терапии инфекционного эндокардита непротезированного клапана, вызванного оксациллиноустойчивыми штаммами стафиллококков рекомендуется ванкомицин (30 мг/кг/сут в/в в 2 введения).

Инфекционный эндокардит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016 (1)

Вопрос 12

Продолжительность антибактериальной терапии должна составлять (в неделях)

1. 4
2. 8
3. 2
4. **6**

Правильный ответ:
4 - 6

ОБОСНОВАНИЕ

Продолжительность терапии инфекционного эндокардита непротезированного клапана, вызванного оксациллиноустойчивыми штаммами стафиллококков, продолжается 6 недель.

Инфекционный эндокардит. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2016 (1)