

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«МЕДИЦИНА КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ»

Уровень образования:		Специалитет
Специальность		31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы		Лечебное дело
Форма обучения		Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)		6 лет
Год начала подготовки		2023 г.
В соответствии с утвержденным УП:		Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
	шифр и наименование дисциплины	ФТД.01 Медицина критических состояний
	семестры реализации дисциплины	11 семестр
	форма контроля	Зачет

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения	Форма текущего контроля и промежуточной аттестации
ПК-1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах	ПК-1.01 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах	Знать: клиническую картину и диагностические критерии заболеваний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах	Контрольные вопросы, тесты
	ПК-1.02 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	Уметь: проводить объективную оценку состояния пациента; показания к оказанию помощи в неотложной или экстренной форме	Контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи
		Практический опыт: владения алгоритмами и навыками оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах	Контрольные вопросы, тесты, ситуационные задачи

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

(ПК – 1)

11 семестр изучения в соответствии с УП

форма промежуточной аттестации – экзамен		
Код и наименование проверяемой компетенции:		ПК-1 Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах
	Код и наименование индикатора:	ПК-1.01 Оценивает состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах ПК-1.02 Проводит мероприятия по оказанию медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

Тестовые задания

Правильный ответ на тестовое задание выделен жирным курсивом
Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. 5-6 баллов по шкале Глазго соответствуют

- 1) оглушению;
- 2) коме II степени;**
- 3) коме III степени;
- 4) коме I степени;
- 5) сопору.

2. Атоническая кома характеризуется следующим

- 1) пациент отвечает двигательными реакциями на болевые раздражения;
- 2) полное отсутствие реакции больного даже на очень сильное болевое раздражение;**
- 3) разбудить больного невозможно, на болевые раздражения он реагирует простейшими, беспорядочными движениями;
- 4) больной сонлив, отмечается нарушение внимания, утрата связанности мыслей или действий.

3. Боль в грудной клетке при остром перикардите, как правило, уменьшается

- 1) при движениях туловищем;
- 2) в положении лежа на спине;
- 3) при наклоне вперед;**
- 4) во время выдоха;
- 5) во время вдоха.

4. Боль при расслоении аорты

- 1) локализована в за грудиной области с иррадиацией вдоль позвоночника и по ходу ветвей аорты (к шее, ушам, спине, животу);**
- 2) локализована в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, руку;
- 3) постоянная, усиливается при дыхании и кашле; зависит от положения тела;
- 4) часто имеет связь с дыхательными движениями и положением тела (уменьшается в положении сидя и при небольшом наклоне вперед);
- 5) эффективно купируется ненаркотическими анальгетиками и НПВС.

5. Боль при тромбоэмболии лёгочной артерии

- 1) зависит от положения тела, усиливается при глубоком вдохе, кашле и движении;
- 2) появляется внезапно на фоне длительного постельного режима, после операций на органах таза, живота и нижних конечностей, у больных с тромбофлебитом, при физическом напряжении;**
- 3) постоянная, усиливается при дыхании и кашле; зависит от положения тела;
- 4) быстро купируется нитроглицерином;
- 5) продолжается обычно 2-15 мин.

6. Внезапно появившаяся острая интенсивная боль за грудиной с иррадиацией вдоль позвоночника и к животу на фоне гипертонического криза вероятнее всего возникла из-за

- 1) тромбоэмболии ветвей легочной артерии;

- 2) эндокардита;
- 3) приступа стенокардии;
- 4) перикардита;
- 5) **расслоения аорты.**

7. Глубина прогиба грудной клетки при сердечно-легочной реанимации должна составлять

- 1) от 4 до 5 см;
- 2) не более 5 см;
- 3) не менее 6 см;
- 4) **от 5 до 6 см;**
- 5) от 6 до 7 см.

8. Для алкогольной комы характерно

- 1) постепенное развитие с наличием головной боли, головокружения, шума в ушах, тошноты, рвоты;
- 2) **постепенное развитие, с наличием бронхореи, гипергидроза, гипотермии, снижения тургора кожи, мышечной атонии, артериальной гипотензии, тахикардии;**
- 3) непосредственно перед развитием комы появляются анорексия, тошнота, могут беспокоить интенсивные боли в животе вплоть до симптоматики «острого живота», головная боль, боль в горле и пищеводе;
- 4) острое начало после короткого периода предвестников: слабости, потливости, сердцебиений, дрожи во всем теле, острое чувство голода, страх, возбуждение;
- 5) развивается мгновенно после короткого периода с общемозговой симптоматикой с менингеальными знаками и признаками очагового поражения головного мозга.

9. Для боли в груди при приступе стенокардии характерно следующее

- 1) **появляется при физической или эмоциональной нагрузке; в покое или во время сна – при вазоспастической стенокардии и при высоком функциональном классе стенокардии; продолжительность 2-15 мин;**
- 2) продолжительность более 20-30 мин;
- 3) эффективны только наркотические анальгетики;
- 4) локализована по ходу пищевода, иррадирует в эпигастральную область;
- 5) боль постоянная, усиливается при дыхании и кашле; зависит от положения тела.

10. Для глубокой комы характерно

- 1) **5-6 баллов по шкале Глазго: пациент не отвечает двигательными реакциями на болевые раздражения;**
- 2) 13-14 баллов по шкале Глазго: характеризуется сонливостью, нарушением внимания, утратой связности мыслей или действий;
- 3) 7-8 баллов по шкале Глазго: разбудить больного невозможно, на болевые раздражения он реагирует простейшими, беспорядочными движениями, не локализуя боль;
- 4) 9-12 баллов по шкале Глазго: глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывания глаз на сильные раздражители (болевые, звуковые и др.). Пациенты могут совершать автоматические стереотипные движения, локализовать источник боли;
- 5) 3-4 балла по шкале Глазго: полное отсутствие реакции больного даже на очень сильное болевое раздражение. Атония, арефлексия, нарушено или отсутствует дыхание, возможно угнетение сердечной деятельности.

11. Для острой сердечной недостаточности характерно следующее

- 1) кровохарканье;
- 2) **двухсторонние влажные хрипы в лёгких, усиление одышки в положении лёжа;**
- 3) свистящее дыхание со сниженной пиковой скоростью выдоха;
- 4) боль в грудной клетке плеврального характера;
- 5) увеличение вязкости и количества отделяемой мокроты или появление гноя в мокроты.

12. Для отека легких характерны

- 1) **повышение температуры тела;**
- 2) **холодный липкий пот и бледность кожных покровов, набухание вен в области шеи;**
- 3) **выделение пенистой мокроты розового цвета;**
- 4) **одышка, усиливающаяся в положении лёжа;**

5) влажные хрипы в легком со стороны сердца.

13. Для оценки функции дыхания проводят следующие мероприятия

1) изменения тургора кожи и глазных яблок;

2) измерение АД;

3) определение ЧДД (если она менее 10 в минуту – риск остановки дыхания крайне высок, если более 20 в минуту – состояние расценивают как тяжёлое, при частоте более 30 в минуту – состояние следует рассматривать как критическое);

4) исследование заполнения капилляров: сжимают подушечку пальца на 5 сек и затем отпускают её (возврат крови должен произойти менее чем за 2 сек);

5) определение частоты и наполнения пульса на лучевой артерии.

14. Для поверхностной комы характерно

1) 5-6 баллов по шкале Глазго: пациент не отвечает двигательными реакциями на болевые раздражения;

2) 13-14 баллов по шкале Глазго: характеризуется сонливостью, нарушением внимания, утратой связности мыслей или действий. Больной находится в состоянии бодрствования, но не может выполнить задание, требующее устойчивого внимания, например, последовательно отнимать 7 от 100;

3) 7-8 баллов по шкале Глазго: разбудить больного невозможно, на болевые раздражения он реагирует простейшими, беспорядочными движениями, не локализуя боль;

4) 9-12 баллов по шкале Глазго: глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывания глаз на сильные раздражители (болевые, звуковые и др.). Пациенты могут совершать автоматические стереотипные движения, локализовать источник боли;

5) 3-4 балла по шкале Глазго: полное отсутствие реакции больного даже на очень сильное болевое раздражение. Атония, арефлексия, нарушено или отсутствует дыхание, возможно угнетение сердечной деятельности.

15. Для приступа бронхиальной астмы характерно

1) возникает после проведения инвазивных процедур (например, катетеризации подключичной вены);

2) бронхообструкция частично или полностью обратима;

3) боль в грудной клетке плеврального характера;

4) увеличение вязкости и количества отделяемой мокроты или появление гноя в мокроте;

5) двухсторонние влажные хрипы в лёгких.

16. Для цереброваскулярной комы характерно следующее

1) возникает на фоне употребления алкогольных напитков;

2) развивается на фоне артериальной гипертензии и сосудистых заболеваний;

3) является следствием тяжёлых эндокринных заболеваний;

4) развивается на фоне на эпилептических припадков или последствий черепно-мозговой травмы.

17. Иррадиация болевых ощущений в спину наиболее характерна

1) для расслоения аорты;

2) для стенокардии напряжения;

3) для тромбоэмболии ветвей легочной артерии;

4) для инфаркта миокарда;

5) для пневмоторакса.

18. К комам при вторичном поражении ЦНС экзогенными факторами относятся комы

1) при других терапевтических, хирургических, инфекционных и прочих заболеваниях (пневмония, сепсис, малярия, пернициозная анемия и др.);

2) при инфекционном поражении вещества мозга или мозговых оболочек;

3) эпилептические;

4) при внутричерепных объёмных процессах (опухолях, абсцессах, эхинококкозе);

5) при относительной или абсолютной передозировке гипогликемических препаратов (гипогликемическая), при голодании (алиментарно-дистрофическая).

19. К комам при вторичном поражении ЦНС эндогенными факторами относятся комы

1) при внутричерепных объёмных процессах (опухолях, абсцессах, эхинококкозе);

2) при перегревании (гипертермическая или «тепловой удар»), переохлаждении, электротравме и др.;

3) **при заболеваниях эндокринной системы (диабетические, гипотиреозная и тиреотоксическая, гипокортикоидная и др.);**

4) при инфекционном поражении вещества мозга или мозговых оболочек.

20. К первично церебральным комам относятся комы

1) при других терапевтических, хирургических, инфекционных и прочих заболеваниях (пневмония, сепсис, малярия, пернициозная анемия и др.);

2) при интоксикациях (алкогольная, опиатная, при отравлении барбитуратами, транквилизаторами, метанолом, угарным газом и др.);

3) при заболеваниях эндокринной системы (диабетические, гипотиреозная и тиреотоксическая, гипокортикоидная и др.);

4) при перегревании (гипертермическая или «тепловой удар»), переохлаждении, электротравме и др.;

5) **при внутричерепных объёмных процессах (опухолях, абсцессах, эхинококкозе).**

21. Мгновенное нарастание интенсивности болевых ощущений до максимума наиболее характерно при возникновении

1) тромбоэмболии ветвей легочной артерии;

2) **расслоения аорты;**

3) инфаркта миокарда;

4) плеврита;

5) пневмоторакса.

22. Наиболее частой причиной внезапной смерти является

1) электромеханическая диссоциация;

2) травма грудной клетки;

3) **фибриляция желудочков;**

4) асистолия;

5) нарушение мозгового кровообращения.

23. Нормализовать температуру тела при гипертермии можно введением

1) **только метамизола натрия;**

2) только дифенгидрамина;

3) метамизола натрия и дифенгидрамина одновременно;

4) дроперидола и метамизола натрия одновременно;

5) только дроперидола.

24. Обморок на фоне снижения венозного возврата возникает по причине

1) гиперчувствительности каротидного синуса;

2) гипервентиляции;

3) внутреннего кровотечения (например, при расслоении аорты);

4) **повышения внутригрудного давления (например, при кашле, мочеиспускании);**

5) гипертермии.

25. Обморок на фоне снижения функции изгнания сердца возникает по причине

1) гипертермии;

2) **стеноза аорты или лёгочной артерии;**

3) гипогликемии;

4) поздних сроков беременности;

5) гипервентиляции.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

26. Обморок на фоне уменьшения объема циркулирующей крови возникает по причине

1) гипертермии;

2) гипервентиляции;

3) **внутреннего кровотечения (например, при расслоении аорты);**

- 4) острой сердечной недостаточности (например, при инфаркте миокарда);
- 5) сепсиса.

27. Обморок на фоне цереброваскулярных нарушений возникает по причине

- 1) истерии;
- 2) гипервентиляции;
- 3) поздних сроков беременности;
- 4) гиперчувствительности каротидного синуса;
- 5) **ишемического, геморрагического инсульта.**

28. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных

- 1) с дилатационной кардиомиопатией;
- 2) с митральным стенозом;
- 3) с сочетанным митральным пороком;
- 4) с митральной недостаточностью;
- 5) **с гипертрофической кардиомиопатией.**

29. Оглушение – это

- 1) 3-4 балла по шкале Глазго: полное отсутствие реакции больного даже на очень сильное болевое раздражение. Атония, арефлексия, нарушено или отсутствует дыхание, возможно угнетение сердечной деятельности;
- 2) 9-12 баллов по шкале Глазго: глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывания глаз на сильные раздражители (болевые, звуковые и др.). Пациенты могут совершать автоматические стереотипные движения, локализовать источник боли;
- 3) **13-14 баллов по шкале Глазго. Характеризуется: сонливостью, нарушением внимания, утратой связности мыслей или действий. Больной находится в состоянии бодрствования, но не может выполнить задание, требующее устойчивого внимания, например, последовательно отнимать 7 от 100;**
- 4) 7-8 баллов по шкале Глазго: разбудить больного невозможно, на болевые раздражения он реагирует простейшими, беспорядочными движениями, не локализуя боль;
- 5) 5-6 баллов по шкале Глазго: пациент не отвечает двигательными реакциями на болевые раздражения.

30. Одышка может развиваться при следующих заболеваниях, за исключением

- 1) приступа бронхиальной астмы;
- 2) сердечной недостаточности;
- 3) анемии;
- 4) отека легких;
- 5) **полной обтурации дыхательных путей инородным предметом.**

31. Ортостатический обморок возникает вследствие

- 1) **потери сосудистого тонуса;**
- 2) уменьшения объема циркулирующей крови;
- 3) цереброваскулярных нарушений;
- 4) снижения функции изгнания сердца;
- 5) нарушения ритма сердца.

32. Пациента, находящегося без сознания, при сохранении спонтанного дыхания необходимо

- 1) перевести в положение на животе;
- 2) оставить без изменения положения;
- 3) **уложить в безопасное положение;**
- 4) повернуть на спину.

33. Перед введением раствора глюкозы больному в коме следует ввести

- 1) цианокобаламин;
- 2) **тиамин;**
- 3) пиридоксин;
- 4) фолиевую кислоту.

34. Последовательность действий при проведении сердечно-легочной реанимации

- 1) В-С-А (искусственное дыхание – искусственное дыхание – компрессия грудной клетки);
- 2) В-А-С (искусственное дыхание – компрессия грудной клетки – освобождение дыхательных путей);
- 3) С-А-В (компрессия грудной клетки – освобождение дыхательных путей – искусственное дыхание);**
- 4) С-В-А (компрессия грудной клетки – искусственное дыхание – освобождение дыхательных путей);
- 5) А-В-С (освобождение дыхательных путей – искусственное дыхание – компрессия грудной клетки).

35. При астматическом статусе отмечается

- 1) возбуждение;
- 2) спутанность сознания, коматозное состояние;**
- 3) оглушение;
- 4) возбуждение, испуг, «дыхательная паника».

36. При инфаркте миокарда

- 1) боль локализована в левом или правом боку;
- 2) присутствует неврологическая симптоматика;
- 3) эффективны ненаркотические анальгетики и НПВС;
- 4) боль быстро купируется нитроглицерином;
- 5) нитроглицерин, как правило, не помогает (боль может уменьшиться, но не проходит полностью).**

37. При коме неизвестной этиологии следует

- 1) ввести внутривенно не более 120 мл 5% раствора глюкозы;
- 2) ввести внутривенно не более 120 мл 10% раствора глюкозы;
- 3) ввести внутривенно не менее 120 мл 10% раствора глюкозы;
- 4) ввести внутривенно не более 120 мл 40% раствора глюкозы;**
- 5) ввести внутривенно не менее 120 мл 40% раствора глюкозы.

38. При подозрении на острый коронарный синдром в первую очередь необходимо

- 1) посадить или положить пациента в удобное положение;
- 2) дать нитроглицерин сублингвально;
- 3) сопровождать больного в стационар;
- 4) дать разжевать таблетку ацетилсалициловой кислоты;
- 5) вызвать бригаду СМП или реанимационную бригаду.**

39. При проведении компрессий грудной клетки во время сердечно-легочной реанимации, кисти реанимирующего складываются

- 1) в любом удобном спасателю виде;
- 2) в виде бабочки;
- 3) в виде ласточки;
- 4) в виде замка.**

40. При проведении сердечно-легочной реанимации одним реаниматором соотношение компрессии – дыхания должно быть

- 1) 30:2;**
- 2) 15:1;
- 3) 20:2;
- 4) 15:2;
- 5) 30:1.

41. При развитии неотложного состояния у пациента на приеме участкового терапевту следует

- 1) выяснить дату последней госпитализации;
- 2) сопровождать больного в стационар;
- 3) вызвать бригаду СМП или реанимационную бригаду;**
- 4) прежде всего, оповестить родственников.

42. Признаком анафилактического шока являются

- 1) носовое кровотечение;
- 2) головокружение;**
- 3) потеря сознания;**

- 4) **резкое падение артериального давления;**
- 5) **появление отека.**

43. Прогноз неблагоприятен, если обмороки сопровождается

- 1) головокружение;
- 2) вялость;
- 3) **пароксизмальная тахикардия с ЧСС больше 160 в минуту;**
- 4) слабость;
- 5) тошнота.

44. Решение о начале сердечно-легочной реанимации принимается в случае

- 1) **отсутствия дыхания или неэффективного дыхания;**
- 2) отсутствия пульсации на магистральных артериях;
- 3) бледно-землистого цвета кожных покровов и гипостатического цианоза (синюшность нижних частей организма относительно положения);
- 4) расширения зрачков и отсутствия их реакции на свет;
- 5) отсутствия при аускультации тонов сердца.

45. Согласно последним рекомендациям, применение прекардиального удара при сердечно-легочной реанимации

- 1) разрешено;
- 2) допускается на догоспитальном этапе;
- 3) запрещено через 30 секунд после остановки кровообращения;
- 4) разрешено в первые 30 секунд остановки кровообращения;
- 5) **запрещено.**

46. Соотношение компрессии–дыхания при проведении сердечно-легочной реанимации двумя реаниматорами должно быть

- 1) **30:2;**
- 2) 15:2;
- 3) 30:1;
- 4) 20:2;
- 5) 15:1.

47. Сопор – это

- 1) 7-8 баллов по шкале Глазго: разбудить больного невозможно, на болевые раздражения он реагирует простейшими, беспорядочными движениями, не локализуя боль;
- 2) **9-12 баллов по шкале Глазго: глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывания глаз на сильные раздражители (болевые, звуковые и др.). Пациенты могут совершать автоматические стереотипные движения, локализовать источник боли;**
- 3) 13-14 баллов по шкале Глазго: характеризуется сонливостью, нарушением внимания, утратой связанности мыслей или действий. Больной находится в состоянии бодрствования, но не может выполнить задание, требующее устойчивого внимания, например, последовательно отнимать 7 от 100;
- 4) 3-4 балла по шкале Глазго: полное отсутствие реакции больного даже на очень сильное болевое раздражение. Атония, арефлексия, нарушено или отсутствует дыхание, возможно угнетение сердечной деятельности;
- 5) 5-6 баллов по шкале Глазго: пациент не отвечает двигательными реакциями на болевые раздражения.

48. У детей компрессии при непрямом массаже сердца

- 1) не проводятся;
- 2) проводятся двумя руками или двумя пальцами одной руки в зависимости от возраста;
- 3) **проводятся одной рукой или двумя пальцами одной руки в зависимости от возраста;**
- 4) проводятся только двумя руками;
- 5) проводятся одной или двумя руками в зависимости от возраста.

49. Характерные признаки для болевого приступа при стенокардии

- 1) **боль сжимающая, давящая, иногда жгучая;**
- 2) боль усиливается при дыхании и кашле, зависит от положения тела;
- 3) **боль купируется нитроглицерином;**

- 4) боль появляется при физической нагрузке;
5) боль локализуется в за грудиной области.

50. Частота сжатий грудной клетки при сердечно-легочной реанимации должна составлять

- 1) не менее 80 в минуту;
2) не более 100 в минуту;
3) не менее 100 в минуту;
4) не менее 90 в минуту;
5) не более 110 в минуту.

51. Частота сжатий грудной клетки при сердечно-легочной реанимации составляет

- 1) не более 120 в минуту;
2) не более 100 в минуту;
3) не более 110 в минуту;
4) не менее 90 в минуту;
5) не менее 80 в минуту.

Практико-ориентированные задания (задачи, кейсы) Решение ситуационных задач

№ задачи	Условия практико-ориентированных заданий (задач, кейсов)	Ответ
1	У пациента 56 лет планируется выполнение резекции желудка. В процессе проведения общего обезболивания выявляются следующие признаки: ослабление и затем полное исчезновение рефлексов (гортанно-глоточного и роговичного), дыхание спокойное, пульс и артериальное давление на донаркозном уровне, зрачки постепенно расширяются, параллельно с этим происходит ослабевание их реакции на свет. Движения глазных яблок нет, зрачки устанавливаются центрально, начинается расслабление скелетных мышц. Вопросы: 1)Какая стадия наркоза у пациента? 2)Целесообразно ли на этой стадии выполнение хирургического вмешательства на органах брюшной полости? 3)на какие группы делятся миорелаксанты? 4)перечислите несколько ингаляционных анестетиков 5)используется ли в настоящее время открытый способ проведения ингаляционной анестезии?	Эталоны ответов: 1)второй уровень третьей стадии наркоза, 2)выполнение вмешательства на этой стадии и уровне наркоза целесообразно, 3)деполяризующие и антидеполяризующие, 4)закись азота, фторотан, галотан, трихлорэтилен, ксенон и т.д., 5)в настоящее время вышел из употребления).
2	Врачами скорой медицинской помощи сразу в операционную доставлен пациент с обширной резаной раной шеи на уровне верхнего края щитовидного хряща, Пациент возбужден, из раны со свистом при каждом выдохе выходит воздух с пенистой кровью, отмечается цианоз, одышка, охриплость голоса, щитовидный хрящ практически	Эталоны ответов: 1) пациенту необходимо выполнить коникотомию или быстро трахеостомию и установить эндотрахеальную трубку через коникотомическое отверстие, 2) осложнения: аспирация кровью, аспирационный пневмонит, 3) кетамин, пропофол, мидазолам, 4) фаза аналгезии - частичное угнетение

	полностью пересечен, визуализируются голосовые связки. Вопросы: 1) каким образом в такой ситуации необходимо проводить интубацию трахеи для общей анестезии? 2) Какие осложнения могут возникнуть у данного пациента? 3) Перечислите несколько препаратов для внутривенной анестезии? 4) Что происходит в первой фазе наркоза? 5) В чем физиологическая основа анальгезии?	кору головного мозга, приводящей к потере болевой чувствительности и ретроградной амнезии, 5) блокада болевых афферентных импульсов
3	Пациент 80 лет, страдающего раком желудка, готовят к радикальному оперативному вмешательству. Накануне операции анестезиолог беседует с пациентом, выясняет анамнестические данные о перенесенных заболеваниях, лекарственной аллергии, оценивает состояние всех систем организма. Выясняется, что пациент год назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда, страдает Ишемической болезнью сердца, недостаточностью митрального клапана. Вопросы: 1) Какие возможны осложнения в процессе проведения наркоза? 2) Какие необходимо назначить дополнительные методы исследования для уточнения характера сопутствующих заболеваний и оценки риска оперативного вмешательства. 3) Что включает в себя премедикация? 4) на какие группы делятся миорелаксанты? 5) назовите еще три любых осложнения общей анестезии?	Эталоны ответов: 1) повторный острый инфаркт миокарда, острая коронарная и сердечная недостаточность, 2) назначить ЭКГ, ЭХОКГ, функциональные пробы 3) премедикация: промедол (омнопон) 1-2% 1,0, атропин 0,1%-1,0, супрастин (димедрол) 1,0-2,0) 4) депполяризующие и антидеполяризующие, 5) асистолия, апноэ, анафилактический шок.

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в

соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Промежуточная аттестация по дисциплине

Форма промежуточной аттестации — Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100. При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины. Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).

66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твердое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89. На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины. Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).
50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65. На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).

Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов. При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине. Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы. Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).
----------	------------	-----------------------------------	--

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59