

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра анестезиологии, реаниматологии и СМП ИПО

"СОГЛАСОВАНО"

Президент общественной
организации
«Самарская областная ассоциация
врачей»
профессор С.Н. Измалков


"29" 05 20 17 г.

"УТВЕРЖДАЮ"

Председатель ЦКМС
первый проректор - проректор по
учебно-воспитательной работе и
социальной работе
профессор Ю.В. Шукин


"29" 05 20 17 г.

**Дополнительная профессиональная программа повышения
квалификации врачей по специальностям
«анестезиология и реаниматология»,
«неврология», «травматология и ортопедия»,
со сроком освоения 36 часов по теме**

«НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ»

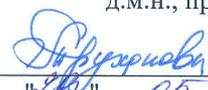
Программа разработана сотрудниками
кафедры анестезиологии, реаниматологии
и СМП ИПО:
профессором, д.м.н., И.Г. Трухановой,
доцентом, д.м.н. Е.П. Измайловым

"СОГЛАСОВАНО"

Директор ИПО, проректор по лечебной
работе, профессор


"29" 05 20 17 г. Е.А. Корымасов

Программа рассмотрена и утверждена на
заседании кафедры
(протокол № 11, 29.05. 2017 г.)
Заведующая кафедрой,
д.м.н., профессор


"29" 05 20 17 г. И.Г. Труханова

Самара 20 17 г.

АННОТАЦИЯ

В программу включены современные клинические алгоритмы догоспитального и госпитального оказания медицинской помощи больным с острой дыхательной недостаточностью с учетом Международных и Российских клинических рекомендаций, отработка необходимых практических навыков и манипуляций при оказании экстренной и неотложной помощи с использованием современных симуляционных технологий, интерактивных задач, видео- и электронных систем обучения. Занятия ведут ведущие специалисты по неотложной кардиологии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России и Минздрава Самарской области.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Цель дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по теме «Нейрореанимация» (далее Программа) заключается в удовлетворении образовательных и профессиональных потребностей, обеспечении соответствия квалификации врачей к меняющимся условиям профессиональной деятельности, а также углубление и совершенствование профессиональных компетенций в области оказания неотложной помощи больным неврологической и нейрохирургической симптоматикой по специальностям «Скорая медицинская помощь» и «Анестезиология-реаниматология».

Трудоемкость освоения – 36 академических часов.

Основными компонентами дополнительной программы повышения квалификации врачей по теме

«Нейрореанимация» являются:

- цель программы;
- планируемые результаты обучения;
- учебный план;
- требования к итоговой аттестации обучающихся;
- рабочая программа;
- организационно-педагогические условия реализации Программы;
- оценочные материалы и иные компоненты.

Содержание Программы подразделяется на темы, каждая тема - на элементы, каждый элемент - на подэлементы. Для удобства пользования программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится - код темы (например, 1), далее - код элемента (например, 1.1), затем код - подэлемента (например, 1.1.1). Кодировка носит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее - УМК).

В содержании Программы предусмотрен перечень необходимых

знаний, умений и навыков врача-скорой медицинской помощи и врача анестезиолога-реаниматолога, составляющих основу универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

Содержание Программы разработано на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов и требований соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования по специальности «Скорая медицинская помощь» и «Анестезиология-реаниматология» к результатам освоения образовательной программы.

Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача – скорой медицинской помощи и врача анестезиолога-реаниматолога, его профессиональных знаний, умений, навыков.

Учебный план Программы определяет состав изучаемой темы с указанием трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. В случае необходимости, учитывая уровень базисных знаний, актуальность задач подготовки врачей-скорой медицинской помощи и врача анестезиолога-реаниматолога, по усмотрению заведующего кафедрой могут быть внесены изменения в распределение учебного времени, предусмотренного учебными планами программы, в пределах 15% от общего количества учебных часов.

Организационно - педагогические условия реализации программы

Условия реализации Программы по теме «**Нейрореанимация**» включают:

- 1) учебно-методическую документацию и материалы по дисциплинам: «скорая медицинская помощь» - 31.08.48, «Анестезиология и реаниматология» - 31.08.02;
- 2) учебно-методическую литературу для внеаудиторной работы обучающихся;
- 3) материально-техническую базу, обеспечивающую организацию всех видов подготовки:
 - учебные аудитории, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;
 - клинические базы в медицинских и научных организациях в зависимости от условий оказания медицинской помощи по профилю «Скорая медицинская помощь» и «Анестезиология и реаниматология»: в амбулаторных условиях (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение

и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); в стационарных условиях (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- 4) кадровое обеспечение реализации Программы соответствует требованиям штатного расписания кафедры «Анестезиология, реаниматология и скорая медицинская помощь ИПО»;
- 5) законодательство Российской Федерации.

Программа может реализовываться полностью или частично в форме стажировки. Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, закрепления теоретических знаний, полученных при освоении Программы, и приобретения практических навыков и умений для их эффективного использования их при исполнении своих должностных обязанностей. Содержание стажировки определяется образовательной организацией, реализующей дополнительную образовательную программу, с учетом предложения организации, направляющей специалиста на стажировку, и содержания Программы.

II. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ, УСПЕШНО ОСВОИВШИХ ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПРОГРАММУ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ СО СРОКОМ ОСВОЕНИЯ 36 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ПО ТЕМЕ: «НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ»

Результаты обучения по Программе направлены на:

- совершенствование компетенций, приобретенных в рамках полученного ранее профессионального образования на основе Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальностям «Скорая медицинская помощь» и «Анестезиология и реаниматология»;
- на формирование профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения.

Характеристика профессиональных компетенций врача скорой медицинской помощи и врача анестезиолога- реаниматолога, подлежащих совершенствованию в результате освоения Программы

У обучающегося совершенствуются следующие универсальные компетенции (далее - УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (далее – ПК):

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-9);

Перечень знаний, умений и навыков врача-скорой медицинской помощи и врача анестезиолога-реаниматолога, обеспечивающих формирование профессиональных компетенций

По окончании обучения врач скорой медицинской помощи и врач анестезиолог-реаниматолог должен знать:

- законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения, кодексы, федеральные законы, подзаконные нормативные правовые акты Российской Федерации оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным в Российской Федерации;
- основы организации первичной медико-санитарной помощи населению;
- проведение сердечно-легочной реанимации неврологическим и нейрохирургическим больным;
- поведение профилактики и лечения тромбоэмболических осложнений у неврологических и нейрохирургических больных;
- поведение профилактики и лечения жировой эмболии у неврологических и нейрохирургических больных;
- проведение лечения травматического шока у больных с сочетанными травмами головы и позвоночника;
- проведение профилактики и лечения бронхолегочных осложнений у неврологических и нейрохирургических больных;
- проведение профилактики и лечения гнойных и септических осложнений у неврологических и нейрохирургических больных;
- проведение ИВЛ неврологическим и нейрохирургическим больным;
- диагностические аппараты, медицинские приборы, показанные к применению в практической деятельности при оказании неотложной помощи неврологическим и нейрохирургическим больным;
- средства и методы, используемые при проведении интенсивной терапии и оказании неотложной помощи неврологическим и нейрохирургическим больным с сочетанными повреждениями головы и костей скелета;
- новые перспективные направления и методики при оказании неотложной помощи неврологическим и нейрохирургическим больным;

По окончании обучения врач скорой медицинской помощи и врач анестезиолог-реаниматолог должен уметь:

- выполнить неотложные мероприятия по восстановлению нарушения дыхания у неврологических и нейрохирургических больных;
- оказать помощь неврологическим и нейрохирургическим больным с острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью на догоспитальном и госпитальном этапе;
- оценить изменения жизненноважные параметры на мониторе следящей аппаратуры у неврологических и нейрохирургических больных;
- правильно определять тяжесть состояния неврологических и нейрохирургических больных;
- проводить интенсивную терапию с применением сердечно-легочной реанимации (СЛР);
- проводить обследование неврологических и нейрохирургических больных;
- определять показания к проведению ИВЛ у неврологических и нейрохирургических больных.

По окончании обучения врача скорой медицинской помощи и врач анестезиолог-реаниматолог должен владеть навыками:

- клинического обследования больного;
- первичной диагностики повреждений и оказания неотложных мероприятий по схеме ABCDE:
 - С (circulation) — контроль кровообращения и остановка кровотечения;
 - А (airway) — освобождение дыхательных путей, контроль шейного отдела позвоночника;
 - В (breathing) — обеспечение дыхания;
 - D (disability) — оценка дееспособности (неврологического статуса);
 - Е (exposure) — освобождение (раздевание).
- проведения других лечебных мероприятий после первичной оценки состояния больного:
 - подачи кислорода с помощью маски;
 - подачи кислорода с помощью ларингиальной маски;
 - подачи кислорода с помощью кобьютюба;
 - проведения пульсоксиметрии;
 - определения показаний для проведении продленной ИВЛ;
 - проведения мониторинга параметров сердечно-сосудистой и дыхательной системы у неврологических и нейрохирургических больных;

- проведения парентерального питания у неврологических и нейрохирургических больных с подбором необходимых препаратов и растворов;
 - проведения энтерального питания у неврологических и нейрохирургических больных с подбором питательных смесей;
 - проведения профилактики тромбоэмболических осложнений у неврологических и нейрохирургических больных;
- оценку состояния пострадавших на догоспитальном этапе с приведение мониторинга жизненноважных функций (АД, ЧСС, АД, ЭКГ, пульсоксиметрия);
 - наложение классической трахеостоми;
 - определять тяжесть пострадавших с сочетанной травмы головы и позвоночника по международной шкале повреждений ISS;
 - проводить восстановление объема циркулирующей крови у неврологических и нейрохирургических больных с применением современных лекарственных препаратов;
 - проводить переливание компонентов крови с учетом современных требований.

III. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация по программе цикла усовершенствования по теме «Нейрореанимация» проводится в форме зачета и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-скорой медицинской помощи и врача анестезиолога-реаниматолога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик, профессиональных стандартов и настоящей Программы.

Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения Программы, предусмотренной учебным планом цикла усовершенствования по дисциплинам «Скорая медицинская помощь» и «Анестезиология-реаниматология», повышение квалификации врачей по теме «Применение трахеостоми в клинической практике».

Лица, освоившие программу повышения квалификации врачей по теме «Нейрореанимация» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании - удостоверение о повышении квалификации.

IV. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ТЕМА «НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ»

Ко д	Наименование темы, элементов и подэлементов
1.	Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности у реанимационных неврологических и нейрохирургических больных

1.1.	Дифференциальная диагностика причин возникновения острой дыхательной недостаточности и асфиксии и проведение неотложной помощи у реанимационных неврологических и нейрохирургических больных
1.2.	Продленная ИВЛ, показание для наложения классической и пункционно-дилатационной трахеостомии
2.	Неотложная помощь при острой сердечно-сосудистой недостаточности у реанимационных неврологических и нейрохирургических больных
3	Лечение травматического шока у реанимационных нейрохирургических больных с сочетанной травмой головы и позвоночника
3.1.	Применение современных противошоковой терапии у реанимационных нейрохирургических больных с сочетанной травмой головы и позвоночника
3.2	Применение современных средств иммобилизации переломов у пострадавших с травмами головы, позвоночника и сочетанными повреждениями костей скелета
4.	Нарушение сознания у неврологических и нейрохирургических больных. Диагностика и лечение ком.
4.1.	Применение современных способов лечения отека и гипоксии головного мозга
5.	Проведение профилактики и лечения реанимационных синдромов у неврологических и нейрохирургических больных - жировой эмболии, тромбоэмболических осложнений, бронхолегочных осложнений
5.1.	Профилактика и лечение жировой эмболии
5.2.	Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений
5.3.	Профилактика и лечение бронхолегочных осложнений
6.	Профилактика и лечение гнойных и септических осложнений у реанимационных неврологических и нейрохирургических больных

V. УЧЕБНЫЙ ПЛАН ПРОГРАММЫ

Цель: удовлетворении образовательных и профессиональных потребностей, обеспечении соответствия квалификации врачей к меняющимся условиям профессиональной деятельности, а также углубление и совершенствование профессиональных компетенций в области оказания неотложной помощи реанимационным неврологическим и нейрохирургическим больным на догоспитальном и госпитальном этапе по специальностям «Скорая медицинская помощь» и «Анестезиология-реаниматология».

Категория обучающихся: врач-скорой медицинской помощи, врач анестезиолог-реаниматолог.

Трудоемкость обучения: 36 академических часов.

Режим занятий: 7,2 академических часа в день

Форма обучения: очная

	Разделы программы	Всего часов	Вид занятий		Форма контроля
			Л	С, Д/И П/З, Л/З, С/З	
1	Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности у реанимационных неврологических и нейрохирургических больных	4	1	3	Промежуточный контроль (зачет)
2	Неотложная помощь при острой сердечно-сосудистой недостаточности реанимационных неврологических и нейрохирургических больных	4	1	3	Текущий контроль (тестовый контроль)
3	Лечение травматического шока у реанимационных нейрохирургических больных с сочетанной травмой головы	6	2	4	Текущий контроль (тестовый контроль)
4	Нарушение сознания у неврологических и нейрохирургических больных. Диагностика и лечение ком	4	1	3	Текущий контроль (тестовый контроль)
5	Проведение профилактики и лечения реанимационных синдромов у неврологических и нейрохирургических больных - жировой эмболии, тромбоэмболических осложнений, бронхолегочных осложнений	8	2	6	Текущий контроль (тестовый контроль)
6	Профилактика и лечение гнойных и септических осложнений у реанимационных неврологических и нейрохирургических больных	4	1	3	Текущий контроль (тестовый контроль)
	Итоговая аттестация	6	-	6	Зачет
	ИТОГО:	36	8	28	

Примечание:

Л – лекция,

С – стажировка,

Д/И – деловые игры,

П/З – практические занятия,

Л/З – лабораторные занятия,

С/З – семинарские занятия, мастер-класс

Ф/К – форма контроля

П/К – промежуточный контроль

VI. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ЦИКЛА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ПО ТЕМЕ «НЕЙРОРЕАНИМАЦИЯ»

При организации и проведении учебных занятий необходимо иметь учебно-методическую документацию и материалы по всем разделам Программы, соответствующую материально-техническую базу, обеспечивающую организацию всех видов дисциплинарной подготовки. Кадровое обеспечение реализации Программы должно соответствовать требованиям штатного расписания кафедры «Анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО», реализующей дополнительную профессиональную подготовку врачей.

Основное внимание должно быть уделено практическим занятиям. Приоритетным следует считать разбор/обсуждение выбранной тактики и осуществление действий при организации хозяйственной и финансовой деятельности медицинских организаций в каждой конкретной ситуации. Предпочтение следует отдавать активным методам обучения (разбор случаев, нормативных актов - их обсуждение, использование ролевых игр). Для усиления интеграции профессиональных знаний и умений следует поощрять контекстное обучение. Этические и психологические вопросы должны быть интегрированы во все разделы Программы. С целью проведения оценки знаний следует использовать различные методики, например, тестовые задания, содержащие вопросы с несколькими вариантами ответов, прямые вопросы, а также опросники для оценки отношения и профессиональных навыков.

VII. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ В ФОРМЕ СТАЖИРОВКИ

Программа может реализовываться частично или полностью в форме стажировки.

Стажировка носит индивидуальный или групповой характер и может предусматривать такие виды деятельности, как:

- самостоятельную работу с учебными изданиями;
- приобретение профессиональных навыков;
- изучение организации и методик работ;
- участие в совещаниях, деловых встречах.

Содержание стажировки определяется с учетом пожеланий и предложений медицинских организаций, направляющих специалистов на обучение в форме стажировки, и содержания данной Программы.

Содержание стажировки должно быть направлено на достижение целей Программы - освоения планируемых ее результатов.

Освоение Программы в форме стажировки завершается итоговой аттестацией обучающихся, порядок которой определяется образовательной организацией реализующей программу дополнительного профессионального образования.

VIII. ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Обучающиеся допускаются к итоговой аттестации после изучения Программы в объеме, предусмотренном учебным планом.

Обучающиеся, освоившие Программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании.

Контрольные вопросы по теме:

1. Тяжелая черепно-мозговая травма, диагностика, клиника, осложнения.
2. Тяжелая черепно-мозговая травма, диагностика, клиника, осложнения.
3. ТЧМТ, осложненная субдуральной гематомой, диагностика, клиника, осложнения.
4. Комы у больных с ТЧМТ.
5. Продленная ИВЛ у больных с ТЧМТ, трахеостома, показания, техника операции.
6. Осложнения ТЧМТ.
7. Ингаляционный наркоз при ТЧМТ, методика применения, препараты, опасности, осложнения.
8. Применение внутривенных препаратов для проведения наркоза у больных с тяжелой ЧМТ.
9. Юридические и правовые вопросы при лечении больных с тяжелой ЧМТ.
10. Юридические и правовые вопросы при проведении переливания крови больным с тяжелой ЧМТ в отделении реанимации и во время проведения операции с общим наркозом.
11. Стандарты оказания неотложной помощи и обследования больным с тяжелой ЧМТ.
12. Дыхательная аппаратура в отделении реанимации, применение продленной ИВЛ у больных с тяжелой ЧМТ.
13. Выполнение перевязок и малых операций у больных в отделении реанимации, оснащение перевязочной в отделении реанимации.
14. Интенсивная терапия больным с тяжелой ЧМТ после проведения резекционной трепанации черепа.
15. Интенсивная терапия больным с тяжелой ЧМТ с ушибом головного мозга.
16. Причины развития гипоксии головного мозга, клиника, диагностика, лечение.
17. Ишемический инсульт, клиника, диагностика, лечение, Геморрагический инсульт, клиника, диагностика, лечение.
18. Гипоксия головного мозга, этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия.
19. Отек головного мозга, клиника, диагностика, лечение. Интенсивная терапия.
20. Геморрагический инсульт, клиника, диагностика, лечение, Геморрагический инсульт, клиника, диагностика, лечение.

21. Классификация методов анестезии. Выбор анестезии у плановых травматологических больных.
22. Особенности проведения обследования больных с отеком головного мозга.
23. Выбор способов анестезии у больных с ишемическим инсультом при проведении операций.
24. Выбор способов анестезии у больных с геморрагический инсультом при проведении операций.
25. Особенности клинической картины у больных с ишемическим инсультом с нарушением сознания, обследование, интенсивная терапия, выбор препаратов.
26. Особенности клинической картины у больных с ишемическим инсультом с гемипарезом и нарушением функции тазовых органов, обследование, интенсивная терапия, выбор препаратов.
27. Выбор препаратов для проведения интенсивной терапии у больных с отеком головного мозга.
28. Гипоксия головного мозга и защита его во время проведения наркоза у больных с низким артериальным давлением, препараты.
29. Мониторинг состояния головного мозга во время проведения операций у больных с тяжелой ЧМТ.
30. Выбор препаратов для интенсивной терапии больным с ишемией головного мозга во время наркоза и в ближайшем послеоперационном периоде.
31. Травматический шок, классификация, интенсивное лечение.
32. Применение современных способов иммобилизации переломов у пострадавших с травмой головы и позвоночника.
33. Сочетанная травма живота и головы клиника, диагностика, интенсивная терапия.
34. Показания для наложения трахеостомы, техника наложения классической трахеостомы.

Примеры оценочных средств для текущего контроля знаний

Тест 1.

Для перелома основания черепа характерны:

1. Кровоизлияния в конъюнктиву и окологлазную клетчатку
2. Возбуждение больного в момент получения травмы
3. Учащенный пульс;
4. Дыхание глубокое, частое.

Правильный ответ – 1

Тест 2.

Тугая тампонада уха или носа при наличии ликвореи из них:

1. Показана;

2. Не показана.

Правильный ответ – 2

Тест 3.

Глюкокортикоидные гормоны у больных с черепно-мозговыми травмами применяются:

1. Для уменьшения проницаемости сосудистой стенки и профилактики перифокального отека в области травмы;
2. Для повышения тонусов емкостных сосудов большого круга, увеличения возврата крови к сердцу и повышения сердечного выброса.

Правильный ответ – 1

Тест 4.

При оказании помощи больному с черепно-мозговой травмой применяются:

1. Гипертонический раствор хлорида натрия;
2. Хлористый кальций;
3. Дексаметазон.

Правильный ответ – 3

Тест 5.

К признакам развивающегося отека головного мозга относятся:

1. Нарастающая брадикардия;
2. Углубленное дыхание;
3. Повышение артериального давления;
4. Появление храпа.

Правильный ответ – 1

Тест 6.

Симптомами характерными для сотрясения головного мозга являются:

1. Тошнота и головокружение;
2. Приливы крови к лицу и возбуждение;
3. Перемежающаяся анизокория;
4. Слабоположительные менингеальные симптомы;
5. Мелкоразмашистый нистагм.

Правильный ответ – 1

Тест 7.

Асимметрия глазных щелей, анизокория, симптом «паруса» относятся:

1. К симптомам очагового поражения мозга;
2. К общемозговым неврологическим симптомам;
3. К симптомам раздражения мозговых оболочек.

Правильный ответ – 1

Тест 8.

К симптомам раздражения мягкой мозговой оболочки относятся:

1. Симптом Кохера;
2. Симптом Ровзинга;
3. Симптом Ортнера;
4. Симптом Кернига.

Правильный ответ – 4

Тест 9.

Для клиники геморрагического инсульта характерны:

1. Внезапное начало, часто на фоне высокого АД
2. Побледнение лица;
3. Преобладание общесоматической симптоматики над общемозговой;
4. Олигурия;
5. Понижение температуры.

Правильный ответ – 1

Тест 10.

Для ишемического инсульта характерны:

1. Быстрое нарастание симптоматики в течение нескольких минут;
2. Преобладание очаговой симптоматики над общемозговой
3. Чаще средний возраст больного;
4. Бледность лица;
5. Обычно повышенное АД.

Правильный ответ – 2

Тест №11

Через 20 минут после травмы шеи у больного возникла выраженная подкожная эмфизема на шее, лице и груди. О каком осложнении можно подумать?

- а) повреждении яремной вены
- б) повреждении трахеи
- в) повреждении гортани
- г) повреждении щитовидной железы
- д) повреждении пищевода.

Правильный ответ – Б

Тест №12

При травме головы на догоспитальном этапе с развитием острой дыхательной недостаточности больным следует произвести:

- а) трахеостомию;
- б) коникотомию;
- в) пункцию трахеи толстой иглой;
- г) произвести ИВЛ через воздуховодную трубку.

Правильный ответ – Г

Тест №13

Манжетку на трахеостомической канюли следует ежедневно сдувать на 10 минут:

- а) 2 раза в день;
- в) 6 раз в день;
- г) каждый раз во время проведения санации трахеи и бронхов, но не реже 4 раз в день;
- д) не сдувать манжетку.

Правильный ответ – Г

Тест №14

Кровотечение легкой степени соответствует следующему снижению объему циркуляции крови до:

- а) 35%
- б) 30%;
- в) 25%;
- г) 20%;
- д) 15%;
- ж) 10%.

Правильный ответ д.

Тест №15

При тромбоэмболии легочной артерии развивается:

- 1. Острая левожелудочковая недостаточность;
- 2. Острая правожелудочковая недостаточность;
- 3. Острая почечная недостаточность.

Правильный ответ 2.

Тест №16

Для раннего периода тромбоэмболии легочной артерии характерны:

- 1. Боль в голове;
- 2. Одышка;
- 3. Кровохарканье;
- 4. Гипертермия;
- 5. Потливость.

Правильный ответ 2.

Тест №17

Для клиники острой правожелудочковой недостаточности характерны:

- 1. Акцент II тона над аортой;
- 2. Увеличение селезенки;
- 3. Набухание шейных вен;
- 4. Расширение границ сердца влево;
- 5. Акцент I тона на верхушке сердца.

Правильный ответ 3.

Тест №18

В первую очередь дифференциальный диагноз при тромбоэмболии легочной артерии нужно проводить:

1. С инсультом;
2. С острой кишечной непроходимостью;
3. С острым инфарктом миокарда.

Правильный ответ 3.

Тест №19

Больной с тромбоэмболией легочной артерии транспортируется:

1. В полусидящем положении;
2. В положении на левом боку;
3. В горизонтальном положении со слегка приподнятым головным концом;
4. В горизонтальном положении с приподнятым ножным концом.

Правильный ответ 3.

Тест №20

Врач скорой помощи на месте может определить уровень сахара в крови с помощью:

- A. Бумажных тест-полосок.
- B. Портативного глюкометра или глюкотестов.
- B. Выписка из амбулаторной карты пациента.

Правильный ответ Б

Тест №21

При остановке сердца врач скорой помощи на месте может применить

- A. Только массаж сердца и внутрижелудочковое введение адреналина. ..
- B. Только массаж сердца и электрокардиограф портативный одноканальный.
- B. Дефибриллятор портативный с электрокардиоскопом.
- Г. Дефибриллятор стационарный с электрокардиоскопом.

Правильный ответ В

Тест №22

При повреждениях позвоночника в шейном отделе врач СМП проводит иммобилизацию.

- A. Шинами Крамера.
- B. Шинами Дитрехса.
- B. Повязкой «Чепец».
- Г. Повязкой «Дезо».
- Д. Комплектом иммобилизационных головодержателей типа воротников Шанца.

Правильный ответ Д

Критерии оценок тестовых заданий

Формула для оценки тестовых заданий:

$$\% \text{ правильных ответов} = 100 - \left(\frac{X_1 + X_2}{Y} \times 100 \right)$$

где

X_1 - недостающее количество правильных ответов;

X_2 - количество неправильных ответов;

Y - количество правильных ответов.

До 70% правильных ответов – «неудовлетворительно»

От 70% до 79% правильных ответов – «удовлетворительно»

От 80% до 89% правильных ответов – «хорошо»

90% и более правильных ответов – «отлично»

Список основной литературы

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания
1.	Скорая медицинская помощь	Багненко С.Ф.	ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 871 с. :
2.	<u>Внезапная сердечная смерть.</u> <u>Руководство. Библиотека врача-специалиста</u>	Бокерия Л.А., Ревишвили А.Ш., Неминуций Н.М.	2013, М.: ГЭОТАР-Медиа, 272 с.
3.	Интенсивная терапия. Национальное руководство	под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013, 800 с.
4.	Основы анестезиологии и реаниматологии.	Полушин Ю.С.	Медицинская литература от издательства «Н-Л», 2014, 656 с.
5.	Коматозные состояния. Интенсивная терапия коматозных состояний	Кутырева Ю.Г., Труханова И.Г.	Учеб. пособие / Издательство «Тактик-Студио». – Самара, 2013-176 с.

Список дополнительной литературы

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания
1.	<u>Внезапная сердечная смерть.</u> <u>Руководство. Библиотека</u>	Бокерия Л.А., Ревишвили А.Ш.,	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013, 272 с.

	<u>врача-специалиста</u>	Неминуций Н.М.	
2.	Анестезия и интенсивная терапия в стоматологии	Грицук С.Ф	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 240 с.
3.	Клиническая фармакология и фармакотерапия	Кукес В.Г., Стародубцев А.К.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012, 832 с.
4.	Неотложные состояния в кардиологии	Майерсона С., Чаудари Р., Митчела Э.	М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014, 389 с.
5.	Сердечно-легочная реанимация: клинич. рекомендации : учеб. пособие для студентов по приобретению практ. навыков на манекенах, тренажерах и муляжах	Федоровский Н. М.	М. : МИА, 2015. - 81 с.

Периодические издания

- Журнал «Анестезиология и реаниматология»
- Журнал «Врач скорой помощи»
- Журнал «Медицина критических состояний»

Электронные ресурсы, интернет-ресурсы

1. <http://www.rosminzdrav.ru/> - официальный сайт министерства здравоохранения Российской Федерации.
2. <http://www.rosminzdrav.ru/documents> - нормативные - правовые акты, документы.
3. <http://www.who.int/ru/> - Всемирная организация здравоохранения
4. <http://ambulance-russia.blogspot.ru/> Скорая медицинская помощь
5. www.scardio.ru Российское общество кардиологов (РОК)
6. <http://www.sklifos.ru>... Научно-Исследовательский Институт Скорой Помощи им. Н.В. Склифасовского
7. <http://www.niioqramn.ru/> Научно-исследовательский институт общей реаниматологии
8. <http://www.neotlmed.ru/> Научно-практическое общество врачей неотложной медицине
9. <http://www.emergencyrus.ru/> Российское общество скорой медицинской помощи

Программа составлена доцентом кафедры анестезиологии, реаниматологии и СМП ИПО, д.м.н., Е.П. Измайловым

Заведующая кафедрой анестезиологии,

Таблица 1. Перечень заданий

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение и контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения
...		
Н	-1	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	<p>Вызов скорой медицинской помощи на место ДТП. Пострадавший мужчина М., 54 года (78 кг) в состоянии алкогольного опьянения, определяются кровоподтеки на лбу, на груди слева в нижних отделах, подкожная эмфизема на груди: сознание – сопор, кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом, имеется патологическая подвижность костей левой голени и ушибленная рана на левой голени. Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон, слева ослабленное, ЧДД 32 в мин., SpO2 84%. Гемодинамика: АД 80/40 мм.рт.ст., ЧСС 136 в мин. Живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастрии, в левом подреберье.</p> <p>Из анамнеза: 20 минут назад произошло ДТП – был сбит на улице машиной.</p>
В	1	Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения.
Э	-	Исходя из данных анамнеза, объективного осмотра больного и оценки его состояния с физикальными методами обследования, пострадавшему следует поставить предварительный диагноз. Политравма, Ушиб головного мозга, закрытая травма груди с переломами ребер слева, гемо-пневмоторакс. Закрытая травма живота. Перелом костей левой голени. Травматический шок. Алкогольное опьянение.
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью, не получили отражение выявленные повреждения у пострадавшего.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
В	2	Определите степень тяжести состояния больного по шкале повреждений ISS в баллах.

Э	-	Оценка тяжести пострадавшего проводится по шкале повреждений ISS в баллах. При этом определяются 3 наиболее значимые поврежденные системы и оцениваются от 1 до 5 баллов, оценка возводится в квадрат. Если сумма баллов составит 30 и более, то у пострадавшего определяется политравма,
P2	-	Тяжесть состояния пострадавшего определена правильно
P1	-	Тяжесть состояния пострадавшего определена с нарушениями без учета повреждений
P0	-	Тяжесть состояния пострадавшего определена неправильно
В	3	Определить последовательность направлений лечения на этапе скорой медицинской помощи.
Э	-	Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи: 1. Постановка кубитального катетера; 2. Введение наркотических анальгетиков; 3. Переливание плазмозаменителей; 4. Иммобилизация перелом на левой голени шиной; 5. Введение гормональных препаратов; 5. Транспортировка пострадавшего в положении лежа на спине в течение 20 минут в дежурное хирургическое отделение; 6. Во время транспортировки, проводится инфузионная терапия и вспомогательное дыхание кислорода через маску.
P2	-	Основные принципы отражены полностью и в правильном порядке.
P1	-	Указаны основные направления в правильном порядке.
P0	-	Не названы основные направления. Неверный порядок выбранных направлений.
Н	-2	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больной мужчина М., 63 лет (94 кг), жалобы на задержку мочеиспускания боли при мочеиспускании, болезненность в надлобковой области живота, субфебрильную температуру. Из анамнеза: в течение 2 лет страдает дизурией, периодически принимает спазмолитики и уросептики. Острая задержка мочи возникла после приема пищи и соленой селедки. Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон, слева ослабленное, ЧДД 22 в мин., SpO2 94%. Гемодинамика: АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС 92 в мин. Живот мягкий, умеренная болезненность в надлобковой области, где пальпируется опухолевое образование.

В	1	Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения.
Э	-	<p>Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Аденома простаты, острая задержка мочи, хронический пиелонефрит</p> <p>Для подтверждения диагноза необходимо произвести.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пальцевое исследование прямой кишки и простаты с определением увеличенных отделов предстательной железы; 2. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 3. Произвести катетеризацию мочевого пузыря резиновым катетером; 4. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примеси, прозрачность. <p>В дальнейшем провести дифференциальную диагностику с раком простаты.</p>
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
В	2	Ваш вариант механизма возникновения острой задержки мочи и болей в животе у больного.
Э	-	<p>Наиболее вероятный механизм развития острой задержки мочи у больного является сдавление простатической части уретры аденомой предстательной железы Данное нарушение привело к переполнению мочевого пузыря мочой, который стал увеличиваться в размерах и вызывать болевые ощущения в надлобковой области. При пальпации живота в надлобковой области стал пальпироваться мочевой пузырь и определяться болезненность. При пальцевом исследовании передней стенки прямой кишки у больного будет пальпироваться увеличенная простата с бугристыми или гладкими краями, при пальпации будет определяться болезненность.</p>
P2	-	Механизм развития острой задержки мочи и болей в животе раскрыт полностью.
P1	-	Механизм развития острой задержки мочи и болей в животе раскрыт не полностью.
P0	-	Механизм развития острой задержки мочи и болей в животе не раскрыт.
В	3	Определить последовательность лечебных мероприятий у больного.

Э	-	<p>Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Введение ненаркотических анальгетиков; 2. Произвести катетеризацию мочевого пузыря резиновым катетером и выпустить мочу. 3. Введение спазмолитических препаратов; 4. Транспортировка пострадавшего в положении лежа на спине в течение 20 минут в дежурное урологическое отделение
P2	-	Основные принципы отражены полностью и в правильном порядке.
P1	-	Указаны основные направления в правильном порядке.
P0	-	Не названы основные направления. Неверный порядок выбранных направлений.
Н	3	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	<p>Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больной мужчина М., 58 лет (64 кг), жалобы на дизурию, боли и рези при мочеиспускании, болезненность в мочевом пузыре, субфебрильную температуру. Из анамнеза: в течение 5 лет страдает хроническим пиелонефритом. спазмолитики и уросептики. Схваткообразные боли в правой пояснице с иррадиацией в мочевой пузырь возникли после приема пищи и соленой пищи.</p> <p>Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон, слева ослабленное, ЧДД 22 в мин., SpO2 94%. Гемодинамика: АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС 92 в мин. Живот мягкий, умеренная болезненность в правой подвздошной области.</p>
В	1	Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения.
Э	-	<p>Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Почечная колика справа хронический пиелонефрит.</p> <p>Для подтверждения диагноза необходимо произвести.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пальцевое исследование прямой кишки и простаты с определением увеличенных отделов предстательной железы; 2. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 3. Проверить симптомы острого аппендицита; 4. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примеси, прозрачность.
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех

		данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
B	2	Ваш вариант механизма возникновения болей при мочекаменной болезни.
Э	-	Наиболее вероятный механизм развития болей связан с отхождением по мочеточнику солей – уратов и оксалатов или камня смешенного строения. В результате возникает спазм мочеточника, и возникают острые боли в поясничной области с иррадиацией по ходу мочеточника в мочевой пузырь и в ногу. Возникают дизурические явления, наблюдается красная моча от примеси эритроцитов. При этом возникает воспалительная реакция – цистит, пиелонефрит с повышением температуры.
P2	-	Механизм развития болевого синдрома при почечной колике знает .
P1	-	Механизм развития болевого синдрома при почечной колике знает не полностью .
P0	-	Механизм развития болевого синдрома при почечной колике не знает.
B	3	Определить последовательность лечебных мероприятий у больного.
Э	-	Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи: 1. Введение ненаркотических анальгетиков; 2 Введение спазмолитических препаратов; 3. Транспортировка пострадавшего в положении лежа на спине в течение 20 минут в дежурное урологическое отделение
P2	-	Основные принципы отражены полностью и в правильном порядке.
P1	-	Указаны основные направления в правильном порядке.
P0	-	Не названы основные направления. Неверный порядок выбранных направлений.
H	4	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больной мужчина М., 35 лет (74 кг), жалобы на боли в эпигастрии, в правом подреберье, тошноту рвоту, слабость, горечь во рту. Боли отдают в правую почечную область, в левое подреберье. Отмечается легкое вздутие живота, стул был, жидкий . диурез не нарушен, температура 37,7, сознание ясное. Из анамнеза известно, что накануне был на дне рождения и употреблял острую и жирную пищу, , выпил 200 мл водки. Заболевание развивалось в течение 6 часов.

		При осмотре больного определяется болезненность при пальпации живота в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон. ЧДД 18 в мин., SpO2 98%. Гемодинамика: АД 100/70 мм.рт.ст., ЧСС 94 в мин.
В	1	Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения, с какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
Э	-	<p>Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикально обследования, больному можно поставить предварительный диагноз Острый панкреатит.</p> <p>Для подтверждения диагноза необходимо произвести дополнительное исследование.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить симптомы острого панкреатита 2. Провести дифференциальную диагностику с острым холециститом 3. Провести дифференциальную диагностику с острым аппендицитом. 4. Провести дифференциальную диагностику с острым отравлением. 5. Провести дифференциальную диагностику с острой кишечной непроходимостью.\ 6. Провести дифференциальную диагностику с острыми заболеваниями почек.. <p>Дополнительно следует произвести:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пальцевое исследование прямой кишки и простаты, определить болезненность и нависание передней стенки прямой кишки. 2. Определить цвет и консистенцию кала. 3. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 4. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примеси, прозрачность. <p>В дальнейшем провести дифференциальную диагностику с раком простаты.</p>
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
В	2	Ваш вариант механизма возникновения острого панкреатита у больного.
Э	-	Наиболее вероятный механизм развития острого панкреатита заключается в употреблен больным алкоголя острой жирной пищи.

		При этом происходит отек потоков поджелудочной железы и самой паренхимы поджелудочной железы, развивается развернутая клиническая картина воспаления – отек, повышение температуры, гиперемия, боли, нарушение функции поджелудочной железы. Процессы воспаления в поджелудочной железе приводят к активации ферментов поджелудочной железы, которые с одной стороны усиливают разрушение самой железы, а с другой стороны – всасываются в кровь отравляют все системы организма. Наиболее значимыми ферментами являются – трипсин, амилаза, липаза, эластаза. Если процесс не остановить, то возникает развернутая картина панкреонекроза.
P2	-	Механизм развития острого панкреатита раскрыт полностью.
P1	-	Механизм развития острого панкреатита раскрыт не полностью.
P0	-	Механизм развития острого панкреатита не раскрыт.
В	3	Определить последовательность лечебных мероприятий у больного.
Э	-	Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи: 1.Поставить кубитальный катетер. 2. Ввести ненаркотические анальгетики. 3.Ввести гормональные препараты при нестабильной гемодинамике. 4. Введение натрия хлорида. 5. При низком давлении ввести плазмозаменители. 6. Транспортировка пострадавшего в положении лежа на спине в течение 20 минут в дежурное урологическое отделение
P2	-	Основные принципы отражены полностью и в правильном порядке.
P1	-	Указаны основные направления в правильном порядке.
P0	-	Не названы основные направления. Неверный порядок выбранных направлений.
Н	5	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больной мужчина М., 25 лет (64 кг), жалобы на боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту желчью, 2 раза. Температуру – 38 градусов. Заболел вечером в 20 часов после приема ужина - появились боли в эпигастральной области, тошнота. принимал папаверин. 1 таблетку. Ночью боли в животе усилились и переместились в правую подвздошную область. Утром 2 раза была рвота. Вызвал скорую помощь.

		<p>Объективно. Температура 38 градусов, язык влажный, живот болезненный в пупочной области, в правой подвздошной области, болезненный и напряжен.</p> <p>Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон. ЧДД 20 в мин., SpO2 98%. Гемодинамика: АД 120/70 мм.рт.ст., ЧСС 82 в мин.</p> <p>Перистальтика выслушивается хорошо, однократно был стул, жидкий без примеси крови и слизи.</p>
В	1	Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения.
Э	-	<p>Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Острый аппендицит.</p> <p>Для подтверждения диагноза необходимо произвести.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить симптомы острого аппендицита – Воскресенского, Образцова, Ситковского, Ровзинга. 2. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 3. Произвести пальцевое исследование прямой кишки и простаты с определением характера кала. 4. Проверить симптом Ортнера.
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью. ,
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
В	2	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить симптомы острого панкреатита 2. Провести дифференциальную диагностику с острым холециститом 3. Провести дифференциальную диагностику с острым отравлением . 4. Провести дифференциальную диагностику с острой кишечной непроходимостью.\ 5. Провести дифференциальную диагностику с острым заболеванием почек..
В	2	Какие вы знаете формы острого аппендицита по классификации.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый катаральный 2. Острый флегмонозный 3. Острый гангренозный без перфорации червеобразного отростка 4. Острый гангренозный аппендицит с перфорацией червеобразного отростка. 5. Переаппендикулярный инфильтрат.

P2	-	Знает все формы острого аппендицита.
P1	-	Формы острого аппендицита знает не полностью
P0	-	Не знает форм острого аппендицита.
Н	6	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	<p>Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больной мужчина М., 55 лет (86 кг), жалобы на боли в правом подреберье, тошноту рвоту, головные боли, горечь во рту. Боли отдают в шею справа, в правую почечную область, изжога. Отмечается легкое вздутие живота, стул был, жидкий, диурез не нарушен, температура 38,2, сознание ясное. Из анамнеза известно, что накануне употреблял острую и жирную пищу, выпил 100 мл водки. Заболевание развивалось остро через 4 часа после еды.</p> <p>При осмотре больного определяется болезненность при пальпации живота в правом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон. ЧДД 18 в мин., SpO2 98%. Гемодинамика: АД 150/100 мм.рт.ст., ЧСС 82 в мин.</p>
В	1	Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения, с какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
Э	-	<p>Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Острый холецистит.</p> <p>Для подтверждения диагноза необходимо произвести дополнительное исследование.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить симптомы острого панкреатита 2. Провести дифференциальную диагностику с острым аппендицитом. 3. Провести дифференциальную диагностику с острым аппендицитом. 4. Провести дифференциальную диагностику с острым отравлением 5. Провести дифференциальную диагностику с острым кишечной непроходимостью.\ 6. Провести дифференциальную диагностику с острым заболеванием почек.. <p>Дополнительно следует произвести:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пальцевое исследование прямой кишки и простат определить болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Определить цвет и консистенцию кала. 3. Проверить френикус-симптом. 4. Проверить симптом Ортнера. 5. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 6. Оценить цвет кожных покровов. 7. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примес, прозрачность. <p>В дальнейшем провести дифференциальную диагностику с вирусным гепатитом и с язвой двенадцатиперстной кишки.</p>
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
V	2	Какие вы знаете формы острого холецистита по классификации.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый катаральный холецистит 2. Острый флегмонозный холецистит 3. Острый гангренозный холецистит без перфорации желчного пузыря. 4. Острый гангренозный холецистит с перфорацией желчного пузыря - с развитием подпеченочного абсцесса, - с развитием желчного перитонита. . 5. Эмпиема желчного пузыря.
P2	-	Знает все формы острого холецистита.
P1	-	Формы острого аппендицита знает не полностью
P0	-	Не знает форм острого аппендицита.
V	3	Определить последовательность лечебных мероприятий у больного.
Э	-	<p>Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ввести ненаркотические анальгетики. 2. Ввести спазмолитики. 3. Транспортировка пострадавшего в положении лежа на спине в течение 20 минут в дежурное урологическое отделение
P2	-	Основные принципы отражены полностью и в правильном порядке.
P1	-	Указаны основные направления в правильном порядке.
P0	-	Не названы основные направления. Неверный порядок выбранных направлений.
H	7	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больная женщина, 64 лет (92 кг), жалобы на боли в животе, вздутие живота, тошноту

		<p>рвоту, головные боли, горечь во рту, изжогу, задержку стула и газов. Боли отдают в шею справа, в правую почечную область, изжога. Отмечается вздутие живота, диурез не нарушен, температура 37,2, сознание ясное. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенесла 2 лапаротомии по поводу острого холецистита. Заболевание развивалось остро в течение 6 часов</p> <p>При осмотре больного определяется болезненность при пальпации живота во всех отделах, вздутие живота, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон. ЧДД 18 в мин., SpO2 98%. Гемодинамика: АД 150/100 мм.рт.ст., ЧСС 82 в мин.</p>
В	1	<p>Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения, с какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.</p>
Э	-	<p>Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Острая кишечная непроходимость.</p> <p>Для подтверждения диагноза необходимо произвести дополнительное исследование.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить симптомы острого панкреатита 2. Провести дифференциальную диагностику с острым аппендицитом. 3. Провести дифференциальную диагностику с острым аппендицитом. 4. Провести дифференциальную диагностику с острым отравлением 5. Провести дифференциальную диагностику с острой кишечной непроходимостью. 6. Провести дифференциальную диагностику с острыми заболеваниями почек.. <p>Дополнительно следует произвести:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пальцевое исследование прямой кишки и определить болезненность и нависание передней стенки прямой кишки наличие кала в прямой кишке. 2. Проверить френикус-симптом. 3. Проверить симптом Ортнера. 4. Проверить симптомы Грекова 5. Проверить симптом Валя. 6. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 7. Оценить цвет кожных покровов. 8. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примес прозрачность.

P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
B	2	Какие вы знаете формы острой кишечной непроходимости по классификации.
Э	-	1. Острая динамическая кишечная непроходимость – спастическая, паралитическая. 2. Острая механическая непроходимость А. Странгуляционная – ущемленная грыжа, заворот, инвагинация Б. Обтурационная – опухолью, камнями, безоарами. В. Смешанная форма – спаечная острая кишечная непроходимость.
P2	-	Знает все формы острой кишечной непроходимости
P1	-	Формы острой кишечной непроходимости знает не полностью
P0	-	Не знает форм острой кишечной непроходимости .
B	3	Определить последовательность лечебных мероприятий у больного.
Э	-	Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи: 1. Ввести ненаркотические анальгетики. 2. Транспортировка пострадавшего в положении лежа на спине в течение 20 минут в дежурное урологическое отделение
P2	-	Основные принципы отражены полностью и в правильном порядке.
P1	-	Указаны основные направления в правильном порядке.
P0	-	Не названы основные направления. Неверный порядок выбранных направлений.
Н	8	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больная женщина, 54 лет (92 кг), жалобы на боли в животе, вздутие живота, тошноту рвоту, головные боли, горечь во рту, изжогу, задержку стула и газов, опухолевидное образование в правой паховой области. Отмечается вздутие живота, диурез не нарушен, температура 37,2, сознание ясное. Из анамнеза известно, что 8 лет назад перенесла лапаротомию по поводу острого аппендицита. Заболевание развивалось остро в течение 4 часов При осмотре больного определяется болезненность при пальпации живота во всех отделах, вздутие живота, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Дыхание самостоятельное,

		везикулярное с обеих сторон. ЧДД 18 в мин., SpO2 98%. Гемодинамика: АД 150/100 мм.рт.ст., ЧСС 82 в мин.
В	1	Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения, с какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
Э	-	Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Ущемленная паховая грыжа справа. Для подтверждения диагноза необходимо произвести дополнительное исследование. <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить симптомы острого панкреатита 2. Провести дифференциальную диагностику с опухолем мочевого пузыря. 3. Провести дифференциальную диагностику с острым отравлением 4. Провести дифференциальную диагностику с острым заболеванием придатков матки. 5. Провести дифференциальную диагностику с острым лимфаденитом в правой паховой области. Дополнительно следует произвести: Пальпацию опухоли в правой паховой области, проверить симптом кашлевого толчка. <ol style="list-style-type: none"> 1. Пальцевое исследование прямой кишки и определить болезненность и нависание передней стенки прямой кишки наличие кала в прямой кишке . 2. Проверить френитус-симптом. 3. Проверить симптом Ортнера. 4. Проверить симптомы Грекова 5. Проверить симптом Валя. 6. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 7. Оценить цвет кожных покровов. 8. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примес прозрачность.
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
В	2	Какие вы знаете формы паховых грыж по классификации
Э	-	1. Паховая грыжа косая 2. Паховая грыжа прямая,

		3. Пахово-мошоночная грыжа Грыжа – осложненная – ущемленная Грыжа неосложненная – вправимая, невправимая.
P2	-	Знает все формы паховых грыж
P1	-	Формы паховых грыж знает не полностью
P0	-	Не знает форм паховых грыж .
В	3	Определить последовательность лечебных мероприятий у больного.
Э	-	Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи: 1. Ввести ненаркотические анальгетики. 2. Транспортировка пострадавшего в положении лежа на спине в течение 20 минут в дежурное урологическое отделение
P2	-	Основные принципы отражены полностью и в правильном порядке.
P1	-	Указаны основные направления в правильном порядке.
P0	-	Не названы основные направления. Неверный порядок выбранных направлений.
Н	9	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больная мужчина, 64 лет (92 кг), жалобы на сильные боли в животе, напряженный и доскообразный живот, тошноту рвоту, горечь во рту, изжогу. Боли сильные «кинжальные», заболел остро 40 минут назад, вызвал скорую помощь. Отмечается доскообразный живот, диурез не нарушен, температура 37,5, сознание ясное. При осмотре больного определяется болезненность при пальпации живота во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга проверить не удается. Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон. ЧДД 24 в мин., SpO2 95%. Гемодинамика: АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 62 в мин.
В	1	Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения, с какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
Э	-	Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Перфоративная язва желудка. Для подтверждения диагноза необходимо произвести дополнительное исследование. 1. Проверить симптомы острого панкреатита

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Провести дифференциальную диагностику с острым аппендицитом. 3. Провести дифференциальную диагностику с острым отравлением 4. Провести дифференциальную диагностику с острой кишечной непроходимостью. 5. Провести дифференциальную диагностику с острыми заболеваниями почек 6. Провести дифференциальную диагностику с острым инфарктом миокарда. <p>Дополнительно следует произвести:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить наличие печеночной тупости при перкуссии живота. 2. Пальцевое исследование прямой кишки и определить болезненность и нависание передней стенки прямой кишки, наличие кала в прямой кишке . 3. Проверить френникус-симптом. 4. Проверить симптом Ортнера. 5. Проверить симптомы Грекова 6. Проверить симптом Валя. 7. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 8. Оценить цвет кожных покровов. 9. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примеси, прозрачность.
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью,
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
B	2	Какие вы знаете формы перфоративных язв желудка по классификации.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Типичная перфоративная язва желудка и ДПК – это перфорация передней стенки.. 2. Атипичная перфорация – перфорация задней стенки желудка и ДПК
P2	-	Знает все формы перфоративных язв
P1	-	Формы перфоративных язв знает не в полном объеме
P0	-	Не знает формы перфоративных язв
B	3	Определить последовательность лечебных мероприятий у больного.
Э	-	Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи:

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить кубитальный катетер 2. Ввести внутривенно капельно растворы кристаллоидов 3. Ввести внутривенно растворы ненаркотических анальгетиков 4. Ввести гормональные препараты при нестабильности гемодинамики. 5. Транспортировка пострадавшего в положении лежа на спине в течение 20 минут в дежурное урологическое отделение
P2	-	Основные принципы отражены полностью и в правильном порядке.
P1	-	Указаны основные направления в правильном порядке.
P0	-	Не названы основные направления. Неверный порядок выбранных направлений.
Н	10	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	<p>Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больная мужчина, 52 года (88 кг), жалобы на слабость, боли в животе, черный стул, рвоту кофейной гущей, тошноту, горечь во рту, изжогу. Страдает язвенной болезнью желудка в течение 5 лет, принимает противоречивые препараты. Заболел 6 часов назад, вызвал скорую помощь.</p> <p>Отмечается умеренно болезненный живот в эпигастральной области, бледность кожных покровов, температура 37,1, сознание ясное.</p> <p>При осмотре больного определяется болезненность при пальпации живота в в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Дыхание самостоятельное, везикулярное с обеих сторон. ЧДД 26 в мин., SpO2 95%. Гемодинамика: АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110 в мин.</p>
В	1	Определите предполагаемый диагноз и способ его подтверждения, с какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику.
Э	-	<p>Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Желудочное кровотечение, анемия.</p> <p>Для подтверждения диагноза необходимо произвести дополнительное исследование.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить симптомы острого панкреатита 2. Провести дифференциальную диагностику с острым аппендицитом. 3. Провести дифференциальную диагностику с острым отравлением

		<p>4. Провести дифференциальную диагностику с острой кишечной непроходимостью.</p> <p>5. Провести дифференциальную диагностику с острыми заболеваниями почек</p> <p>6. Провести дифференциальную диагностику с острым инфарктом миокарда.</p> <p>Дополнительно следует произвести:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить наличие печеночной тупости при перкуссии живота. 2. Пальцевое исследование прямой кишки и определить болезненность и нависание передней стенки прямой кишки 3. и его цвет. 4. Проверить френikus-симптом. 5. Проверить симптом Ортнера. 6. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 7. Оценить цвет кожных покровов. 8. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примеси, прозрачность.
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью,.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
В	2	Какие осложнения язвенной болезни желудка вы знаете..
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пенетрация. 2. Перфорация 3. Кровотечение 4. Малигнизация 5. Стеноз выходного отдела желудка.
P2	-	Знает все формы осложнений язв желудка
P1	-	Формы осложнений язв желудка знает не в полном объеме
P0	-	Не знает формы осложнений язв желудка
В	3	Определить последовательность лечебных мероприятий у больного.
Э	-	<p>Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить кубитальный катетер 2. Ввести внутривенно капельно растворы плазмозаменителей 3. Ввести внутривенно растворы ненаркотических анальгетиков

		<p>4. Ввести гормональные препараты при нестабильности гемодинамики.</p> <p>5. Транспортировка пострадавшего в положении лежа на спине в течение 20 минут в дежурное урологическое отделение</p>
P2	-	Основные принципы отражены полностью и в правильном порядке.
P1	-	Указаны основные направления в правильном порядке.
P0	-	Не названы основные направления. Неверный порядок выбранных направлений.