

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.



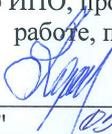
**Дополнительная профессиональная программа повышения
квалификации врачей по специальностям
«анестезиология и реаниматология»,
«оториноларингология», «хирургия»
со сроком освоения 36 часов по теме**

«ПРИМЕНЕНИЕ ТРАХЕОСТОМИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

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

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 «Применение трахеостомы в клинической практике» (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 при острой дыхательной недостаточности и асфиксии по специальностям «Скорая медицинская помощь» и «Анестезиология-реаниматология».

Трудоемкость освоения –36 академических часов.

Основными компонентами дополнительной программы повышения квалификации врачей по теме

«Применение трахеостомы в клинической практике» 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 «Применение трахеостомы в клинической практике» включают:

«Применение трахеостомы в клинической практике»

- 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: «ПРИМЕНЕНИЕ ТРАХЕОСТОМИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

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;
- показания к наложению трахеостомы;
- технику наложения классической трахеостомы;
- технику наложения пункционно-дилатационной трахеостомы;
- диагностические аппараты, медицинские приборы, показанные к применению в практической деятельности при оказании неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности и асфиксии;
- средства и методы, используемые при проведении интенсивной терапии и оказании неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности и асфиксии;
- новые перспективные направления и методики при оказании неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности;
- алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при острой дыхательной недостаточности и асфиксии.

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

- выполнить неотложные мероприятия по восстановлению нарушения дыхания;
- оказать помощь больному с острой дыхательной недостаточностью на догоспитальном и госпитальном этапе в полном соответствии со стандартами ведения больного с острой дыхательной недостаточностью и асфиксии;

- оценить изменения на мониторе следящей аппаратуры за реанимационными больными при острой дыхательной недостаточности и асфиксии;
- с учетом состояния больных правильно определять тактику проведения неотложных мероприятий и интенсивной терапии при острой дыхательной недостаточности и асфиксии (применение СЛР, воздуховода, ларингиальной маски, комбьютюба, интубации трахеи, коникотомии, трахеостомы);
- определять показания к наложению проведению продленной ИВЛ и к наложению трахеостомы в травматологических центрах 3, 2 и 1 уровня, в ЦРБ, городских и клинических больницах.

По окончании обучения врач-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 комбьютюба;
 - проведения пульсоксиметрии;
 - определение показаний для наложения коникотомии у больных с асфиксией;
 - определение показаний для проведения продленной ИВЛ;
 - определение показаний для наложения трахеостомии у больных с асфиксией;
- оценка на догоспитальном этапе мониторинга жизненно важных функций (АД, ЧСС, АД, ЭКГ, пульсоксиметрия);
- наложение коникотомии при асфиксии связанной с нарушением проходимости дыхательных путей.

- наложение классической трахеостоми при асфиксии связанной с нарушением проходимости дыхательных путей.

III. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация по программе цикла усовершенствования по теме «Применение трахеостоми в клинической практике» 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 «Применение трахеостоми в клинической практике» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании - удостоверение о повышении квалификации.

IV. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

ТЕМА «ПРИМЕНЕНИЕ ТРАХЕОСТОМИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

Код	Наименование темы, элементов и подэлементов
1.	Острая дыхательная недостаточность и асфиксия в клинической практике
1.1.	Асфиксия, этиология, диагностика, клиника .
1.2.	Диагностика и дифференциальная диагностика причин возникновения острой дыхательной недостаточности и асфиксии
2.	Неотложная помощь при асфиксии
2.1.	Неотложная помощь при асфиксии с нарушением и без нарушения проходимости дыхательных путей, показание и техника наложения коникотомии
2.2	Продленная ИВЛ
3	Наложение трахеостомы при нарушении дыхания.
3.1.	Виды трахеостомии и анатомические ориентиры на шее при наложении трахеостомы.
3.2	Показание для наложения классической и пункционно-дилатационной трахеостомия
3.3.	Техника наложения классической трахеостомии
3.4.	. Техника наложения трахеостомии пункционно-дилатационным способом
4.	Ранние и поздние осложнения трахеостомии
4.1.	Ранние осложнения трахеостомы и их профилактика
4.2.	Продленная ИВЛ через трахеостому и поздние осложнения трахеостомы и их профилактика
5.	Деканюляция
5.1.	Санация трахеи и бронхов через трахеостомическую канюлю, сдутие манжетки трахеостомической канюли, профилактика стеноза трахеи
5.2.	Перевод на спонтанное дыхание. Деканюляция, мониторинг параметров дыхания
6.	Закрытие раны на шее, повторное наложение трахеостомы

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 пациентам при остром дыхательной недостаточности и асфиксии 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			Форма контроля
			Л	С, Д/И П/З, Л/З, С/З	
1	Острая дыхательная недостаточность и асфиксия в клинической практике	4	-	4	Промежуточный контроль (зачет)
2	Неотложная помощь при асфиксии	6	2	4	Текущий контроль (тестовый контроль)
3	Наложение трахеостомы при нарушении дыхания.	6	2	4	Текущий контроль (тестовый контроль)
4	Ранние и поздние осложнения трахеостомии	6	2	4	Текущий контроль (тестовый контроль)
5	Деканюляция	4	1	3	Текущий контроль (тестовый контроль)
6	Закрытие раны на шее, повторное наложение трахеостомы	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 «ПРИМЕНЕНИЕ ТРАХЕОСТОМИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

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. Что такое острая дыхательная недостаточность классификация и клинические проявления?
2. Что такое асфиксия, причины?
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при остром дыхательной недостаточности на догоспитальном и госпитальном этапе?
4. Алгоритм оказания неотложной помощи при асфиксии на догоспитальном и госпитальном этапе?
5. Анатомия шеи с точки зрения наложения трахеостомы и коникотомии?
6. Какая в настоящее время используются операция при асфиксии с нарушением проходимости дыхательных путей в экстренном порядке?
7. Показания для проведения продленной ИВЛ?
8. Показания для наложения трахеостомы?
9. Показания для наложения трахеостомы?
10. Показания для наложения коникотомии?
11. Техника наложения классической трахеостомы?
12. Техника наложения пункционно-дилатационной трахеостомы с использованием полых бужей?
13. Техника наложения пункционно-дилатационной трахеостомы с использованием зажима и проводника?

14. Интраоперационные осложнения трахеостомии?
15. Мониторинг параметров у больного во время операции трахеостомия?
16. Организационные особенности проведения трахеостомии?
17. Особенности замены трахеостомической канюли в первые часы после наложения трахеостомы?
18. Особенности замены трахеостомической канюли при проведении продленной ИВЛ?
19. Тактика врача-скорой медицинской помощи при асфиксии, связанной с нарушением проходимости дыхательных путей на догоспитальном этапе?
20. Проведение продленной ИВЛ через трахеостому, мониторинг ха больным?
21. Показания для перевода больного на самостоятельное дыхание после продленной ИВЛ через трахеостому?
22. Деканюляция и технические особенности ее выполнения, закрытие раны на шее после деканюляции?
23. Мониторинг за больными после деканюляции и критерии перевода больных из отделения реанимации в соматическое отделение?
24. Ранние осложнения трахеостомии?
25. Поздние осложнения трахеостомии?
26. Повторное наложение трахеостомы, показания, технические особенности?

Примеры оценочных средств для текущего контроля знаний

Тест №1

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 №2

Для диагностики свища пищевода у больных с трахеостомой предпочтение следует отдавать:

- а) ФБС;
- б) ФГДС;
- в) эзофагографии с жидким барием;
- г) КТ трахеи;
- д) КТ пищевода.

Правильный ответ – В

Тест №3

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

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

Правильный ответ – Г

Тест №4

При наложении трахеостомы пункционно-дилатационным способом во время введения трахеостомической канюли возникло обильное кровотечение из раны с подтеканием в трахею, ваши действия:

- а) перейти на наложение трахеостомы открытым способом;
- б) произвести фибробронхоскопию;
- в) заменить канюлю на канюлю большего размера;
- г) заменить канюлю на канюлю меньшего размера;
- д) наложить тугую повязку на шею и сдавить рану на шее.

Правильный ответ – А

Тест №5

После наложения трахеостомы пункционно-дилатационным способом при проведении ИВЛ отмечается цианоз, падение сатурации кислорода крови, повысилось сопротивление на вдохе, появилась подкожная эмфизема на шее и лице, что произошло:

- а) трахеостомическая канюля попала в один из бронхов;
- б) трахеостомическая канюля отслоила слизистую оболочку трахеи и попала в образовавшийся карман;
- в) трахеостомическая канюля попала в желудок;
- г) трахеостомическая канюля попала в грушевидный синус;
- д) трахеостомическая канюля попала в межкопцевой промежуток.

Правильный ответ – Б

Тест №6

Для проведения показаний к деканюляции следует:

- а) удалить трахеостомическую канюлю и в течение часа оценить эффективность самостоятельного дыхания у больного;
- в) сдуть манжетку на канюле и в течение часа наблюдать за дыханием больного;
- г) удалить канюлю и ввести интубационную трубку для проведения наблюдения за спонтанным дыханием больного в течение часа;
- д) не сдувать манжетку, отсоединить от дыхательного аппарата и наблюдать за дыханием больного под контролем частоты дыхания и сатурации кислорода крови.

Правильный ответ - Д

Тест №7

Об эффективности самостоятельного дыхания больного после перевода на самостоятельное дыхание свидетельствуют:

- а) отсутствие тахикардии;
- б) отсутствие признаков острой дыхательной недостаточности 2 или 3 степени;
- в) отсутствие хрипов в легких;
- г) отсутствие нарушения сознания;
- д) отсутствие гипертензии.

Правильный ответ - Б

Тест №8

При определении показаний к деканюляции следует:

- а) удалить трахеостомическую канюлю и в течение 24 часов оценить эффективность спонтанного дыхания;
- б) произвести санацию трахеи и бронхов с помощью ФБС и при отсутствии мокроты удалить трахеостомическую канюлю, в течение 24 часов оценить эффективность спонтанного дыхания;
- в) не удалять трахеостомическую канюлю произвести санацию трахеи и бронхов катетером и при отсутствии острой дыхательной недостаточности в течение 24 часов удалить трахеостомическую канюлю;
- г) Сдуть манжету на трахеостомической канюле и в течение суток наблюдать за эффективностью спонтанного дыхания у больного.

Правильный ответ- В

Тест №9

После удаления трахеостомической канюли рану на шее следует:

- а) обработать антисептическими растворами и наложить повязку с левомиколовой мазью;
- б) обработать антисептическими растворами, ушить кожную рану и наложить повязку с левомиколовой мазью;
- в) обработать антисептическими растворами и наложить повязку с солкосериловой мазью;
- г) обработать антисептическими растворами, ушить рану на трахее, мышцы, кожу и наложить повязку;
- д) обработать антисептическими растворами, ушить рану на трахее, мышцы, кожу и наложить повязку с солкосериловой мазью.

Правильный ответ - А

Тест №10

Если в первые 6 часов после деканюляции у больного возникла острая дыхательная недостаточность 3 степени, то следует произвести:

- а) санацию трахеи и бронхов с помощью ФБС, дать увлажненный кислород, при отсутствии эффективного дыхания и наложить трахеостому;
- б) санацию трахеи и бронхов с помощью ФБС, дать увлажненный кислород, при отсутствии эффективного дыхания перевести на ИВЛ через интубационную трубку;
- в) повторное наложение трахеостомы через прежний раневой канал на шее с помощью ФБС с последующей санацией трахеи и бронхов;
- г) произвести интубацию трахеи и через интубационную трубку и санацию бронхов с помощью ФБС.

Правильный ответ-В

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., Ревешвили 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 врача-специалиста</u>	Бокерия Л.А., Ревешвили А.Ш., Неминуций Н.М.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013, 272 с.
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	Федоровский Н. М.	М. : МИА, 2015. - 81 с.

	для студентов по приобретению практ. навыков на манекенах, тренажерах и муляжах		
--	---	--	--

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.niioramn.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, реаниматологии и СМП ИПО
д.м.н., профессор

И.Г. Труханова

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	-	Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Аденома простаты, острая задержка мочи, хронический пиелонефрит Для подтверждения диагноза необходимо произвести. 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. В дальнейшем провести дифференциальную диагностику с раком простаты.
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	-	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.
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	-	Основные принципы лечения на этапе скорой медицинской помощи: 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.
В	2	Ваш вариант механизма возникновения болей при мочекаменной болезни.
Э	-	<p>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.</p>
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.

В	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.
Н	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	-	Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз Острый панкреатит. Для подтверждения диагноза необходимо произвести дополнительное исследование. 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 острым заболеванием почек. Дополнительно следует произвести: 1. Пальцевое исследование прямой кишки и простаты, определ

		<p>болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Определить цвет и консистенцию кала. 3. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа; 4. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примес прозрачность. <p>В дальнейшем провести дифференциальную диагностику с раке простаты.</p>
P2	-	Предварительный диагноз сформулирован правильно с учетом всех данных.
P1	-	Предварительный диагноз сформулирован не полностью.
P0	-	Предварительный диагноз сформулирован не правильно.
V	2	Ваш вариант механизма возникновения острого панкреатита у больного.
Э	-	<p>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.</p>
P2	-	Механизм развития острого панкреатита раскрыт полностью.
P1	-	Механизм развития острого панкреатита раскрыт не полностью.
P0	-	Механизм развития острого панкреатита не раскрыт.
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.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	-	<p>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.</p> <p>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> <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. 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 заболеваниями 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. 2. Определить цвет и консистенцию кала. 3. Проверить френникус-симптом. 4. Проверить симптом Ортнера. 5. Проверить симптом Пастернацкого слева и справа;

		<p>6. Оценить цвет кожных покровов. 7. Оценить макроскопический характер мочи – цвет, примес прозрачность.</p> <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.
В	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 желчно пузыря. 4. Острый гангренозный холецистит с перфорацией желчно пузыря - с развитием подпеченочного абсцесса, - с развитии 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.
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. 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.
Н	7	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	<p>Вызов скорой медицинской помощи на дом. Больная женщина, 64 лет (92 кг), жалобы на боли в животе, вздутие живота, тошноту 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%.</p>

		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	-	<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 острым заболеванием 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 френikus-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 острой кишечной непроходимости по классификации.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острая динамическая кишечная непроходимость – спастическая, паралитическая. 2. Острая механическая непроходимость <ol style="list-style-type: none"> 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.
H	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.
B	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. 1. Проверить симптомы острого панкреатита 2. Провести дифференциальную диагностику с опухолью мочевого пузыря. 3. Провести дифференциальную диагностику с острым отравлением 4. Провести дифференциальную диагностику с острыми заболеваниями придатков матки. 5. Провести дифференциальную диагностику с острым лимфаденитом в правой паховой области. Дополнительно следует произвести: Пальпацию опухоли в правой паховой области, проверить симптом

		<p>кашлевого толчка.</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.
V	2	Какие вы знаете формы паховых грыж по классификации
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Паховая грыжа косая 2. Паховая грыжа прямая, 3. Пахово-мошоночная грыжа <p>Грыжа – осложненная – ущемленная Грыжа неосложненная – вправимая, невправимая.</p>
P2	-	Знает все формы паховых грыж
P1	-	Формы паховых грыж знает не полностью
P0	-	Не знает форм паховых грыж .
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. 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	9	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
1.У	-	<p>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.</p> <p>Отмечается доскообразный живот, диурез не нарушен, температура 37,5, сознание ясное.</p> <p>При осмотре больного определяется болезненность при пальпации</p>

		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	-	<p>Исходя из данных анамнеза, жалоб больного и физикального обследования, больному можно поставить предварительный диагноз. Перфоративная язва желудка.</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 4. Провести дифференциальную диагностику с острой кишечной непроходимостью. 5. Провести дифференциальную диагностику с острым заболеванием 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 френикус-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.
В	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
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. 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.
H	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 противорецидивные препараты. Заболел 6 часов назад, вызвал скорую помощь.</p> <p>Отмечается умеренно болезненный живот в эпигастриальной 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>
V	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

		<p>отравлением</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. и его цвет. 4. Проверить френикус-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.
B	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
B	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 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.