

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДЕНО
на заседании Методического Совета
протокол № 63
«30» декабря 2019г.

 Проректор по учебной работе
профессор А.И. Яременко



ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Повышение
квалификации « Актуальные вопросы ургентной хирургии брюшной полости», 144 ч
(наименование дисциплины)

для
специальности «ХИРУРГИЯ» 31.08.67
(наименование и код специальности)

Факультет Послевузовского образования
(наименование факультета)

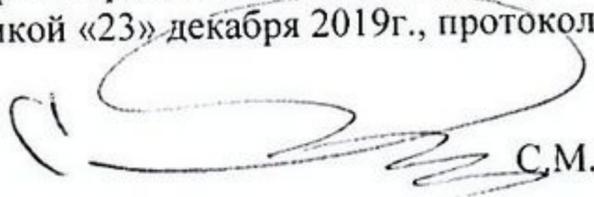
Кафедра Хирургия госпитальная №2 с клиникой
(наименование кафедры)

Санкт-Петербург
2019

Образовательная программа дополнительного профессионального образования (ОП ДПО) «Актуальные вопросы ургентной хирургии брюшной полости» – программа повышения квалификации для специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Хирургия» (код специальности 31.08.67) разработана коллективом кафедры хирургии госпитальной №2 с клиникой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени академика И.П.Павлова в соответствии с приказом Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 (ред. от 15.11.2013) "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам", приказом Минобрнауки России от 26.08.2014 №1110 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67«Хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2014 №34417), приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26.11.2018 № 743н "Об утверждении профессионального стандарта "врач-хирург». Данная программа ОП ДПО ориентирована на врачей-хирургов.

ОП ДПО «Актуальные вопросы ургентной хирургии брюшной полости» обсуждена на заседании кафедры госпитальной хирургии №2 с клиникой «23» декабря 2019г., протокол заседания № 4

Заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.



С.М. Яшин

ОП ДПО одобрена цикловой методической комиссией по последипломному образованию « 24 » декабря 2019 г., протокол № 10.

Председатель цикловой методической комиссии

Декан ФПО, профессор, д.м.н.



Н.Л. Шапорова

СОДЕРЖАНИЕ

НАИМЕНОВАНИЕ РАЗДЕЛА	Стр.
1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ	4
<i>1.1. Цель реализации программы</i>	4
<i>1.2. Планируемые результаты обучения</i>	4
<i>1.3. Перечень профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения.</i>	6
<i>1.4. Требования к уровню образования слушателя</i>	6
<i>1.5. Нормативный срок освоения программы</i>	6
<i>1.6. Форма обучения</i>	6
2. ТРЕБОВАНИЯ К СОДЕРЖАНИЮ ПРОГРАММЫ	6
<i>2.1. Учебный план</i>	6
<i>2.2. Календарный учебный график</i>	7
<i>2.3. Рабочая программа учебных модулей</i>	8
3. Организационно-педагогические условия	11
<i>3.1. Требования к квалификации педагогических кадров, представителей предприятий и организаций, обеспечивающих реализацию образовательного процесса</i>	11
<i>3.2. Материально-технические условия реализации программы</i>	11
<i>3.3. Учебно-методическое обеспечение программы</i>	12
4. Формы аттестации	14
<i>4.1. Формы промежуточной и итоговой аттестации</i>	14
<i>4.2. Контроль и оценка результатов освоения</i>	14
<i>4.3. Форма документа, выдаваемого по результатам освоения программы</i>	14
5. Оценочные материалы и иные компоненты	14
<i>5.1. Программа тестовых заданий для итоговой аттестации</i>	14
<i>5.2. Стандартный имитационный модуль «Базовая сердечно-легочная реанимация с автоматической наружной дефибрилляцией»</i>	38
6. Составители программы	56

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1. Цель реализации программы повышения квалификации «Актуальные вопросы ургентной хирургии брюшной полости»

Повышение профессионального уровня в рамках существующей квалификации и совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и трудовых функций врача хирурга, за счет расширения объема профессиональных знаний, необходимых для осуществления на современном уровне профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании экстренной помощи пациентам в условиях стационара по профилю «хирургия».

1.2. Планируемые результаты обучения

В результате освоения программы повышения квалификации «Актуальные вопросы ургентной хирургии брюшной полости» планируется качественное изменение (развитие) основных профессиональных компетенций (ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8) и трудовых функций (В/01.8, В/02.8, В/03.8, В/05.8, В/07.8) врача-хирурга в отношении наиболее распространенной ургентной хирургической патологии брюшной полости. В дальнейшем это должно позитивно отразиться на повседневной трудовой деятельности врача-хирурга - его обобщенной трудовой функции: при оказании экстренной помощи пациентам в условиях стационара по профилю «хирургия».

1.3. Перечень профессиональных компетенций и трудовых функций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения.

Профессиональная компетенция шифр ПК -1, ПК- 2 (профилактическая деятельность) (по ФГОС ВО), трудовые функции В/05.8

Слушатель *будет знать* современные представления о профилактике, принципах организации диспансеризации и диспансерного наблюдения

Слушатель *будет уметь* проводить профилактику наиболее распространенных ургентных хирургических заболеваний органов брюшной полости и диспансерное наблюдение за больными с хронической хирургической патологией органов брюшной полости.

Указанные изменения улучшат у обучающегося, в рамках его трудовой деятельности, готовность к последующему 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. Таким образом это будет способствовать профессиональному росту трудовой функции код В/05.8 у врачей-хирургов лечебно-профилактических учреждений.

Профессиональная компетенция шифр ПК -5 (диагностическая деятельность) (по ФГОС ВО), трудовые функции В/01.8

Слушатель *будет знать* современные представления об этиопатогенезе особенности проявления клиники и алгоритме диагностики таких распространенных ургентных

хирургических заболеваний органов брюшной полости, как острые воспалительные заболевания червеобразного отростка, желчного пузыря и желчевыводящих путей, поджелудочной железы; кровотечение из желудочно-кишечного тракта; ущемленные грыжи брюшной стенки; перфоративные язвы желудка и 12-ти перстной кишки; острая кишечная непроходимость.

Слушатель *будет уметь* на современном уровне своевременно осуществлять раннюю диагностику указанных групп хирургических заболеваний по клиническим симптомам и синдромам, проводить дифференциальную диагностику, используя и интерпретируя данные физикального, лабораторного и инструментального обследования в соответствии с национальными клиническими протоколами, рекомендациями, стандартами.

Указанные изменения улучшат у обучающегося, в рамках его трудовой деятельности, готовность к последующему определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Таким образом это будет способствовать профессиональному росту трудовой функции код В/01.8 у врачей-хирургов.

Профессиональная компетенция шифр ПК -6, ПК-7 (лечебная деятельность) (по ФГОС ВО), трудовые функции В/02.8, В/07.8

Слушатель *будет знать* современные стандарты и принципы комплексного лечения urgentных хирургических заболеваний органов брюшной полости, принципы оказания экстренной хирургической помощи и реанимационных мероприятий.

Слушатель будет уметь осуществлять современное, лечение urgentных хирургических заболеваний органов брюшной полости, таких как острые воспалительные заболевания червеобразного отростка, желчного пузыря и желчевыводящих путей, поджелудочной железы; кровотечения из желудочно-кишечного тракта; ущемленные грыжи брюшной стенки; перфоративные язвы желудка и 12-ти перстной кишки; острая кишечная непроходимость с учетом личностно-ориентированного подхода в соответствии с национальными клиническими протоколами, рекомендациями, стандартами; оказывать первую помощь и проводить базовую сердечно-легочную реанимацию с автоматической наружной дефибрилляцией

Указанные изменения улучшат у обучающегося, в рамках его трудовой деятельности, готовность к последующему ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи и оказанию экстренной медицинской помощи, включая проведение базовой сердечно-легочной реанимации с автоматической наружной дефибрилляцией. Таким образом это будет способствовать профессиональному росту трудовой функции код В/02.8 и В/07.8 у врачей-хирургов.

Профессиональная компетенция шифр ПК -8 (реабилитационная деятельность) (по ФГОС ВО), трудовые функции В/03.8, В/05.8

Слушатель *будет знать* современные принципы реабилитации пациентов при таких острых хирургических заболеваниях, как острые воспалительные заболевания червеобразного отростка, желчного пузыря и желчевыводящих путей, поджелудочной железы; кровотечение из желудочно-кишечного тракта; ущемленные грыжи брюшной стенки; перфоративная язва желудка и 12-ти перстной кишки; острая кишечная непроходимость.

Слушатель будет уметь организовать современную реабилитацию пациентов при таких острых хирургических заболеваниях, как острые воспалительные заболевания червеобразного отростка, желчного пузыря и желчевыводящих путей, поджелудочной железы; кровотечение из

желудочно-кишечного тракта; ущемленные грыжи брюшной стенки; перфоративная язва желудка и 12-ти перстной кишки; острая кишечная непроходимость.

Указанные изменения улучшат у обучающегося, в рамках его трудовой деятельности, готовность к последующему применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении. Таким образом это будет способствовать профессиональному росту трудовой функции код В/03.8,В/05.8у врачей-хирургов.

1.4. Требования к уровню образования слушателя

Врач-хирург;

1.5. Нормативный срок освоения программы

144 часа (4 ЗЕ)

1.6. Форма обучения

Очная, учебная нагрузка устанавливается не более 36 часов в неделю, включая все виды аудиторной и внеаудиторной (самостоятельной) учебной работы слушателя

2.ТРЕБОВАНИЯ К СОДЕРЖАНИЮ ПРОГРАММЫ.

2.1.Учебный план

№ п/п	Наименование модулей	Всего часов	Трудоемкость, часов					Форма контроля
			Лекции	Иные виды аудиторной учебной работы (семинарские занятия, практические занятия)	Симуляционные занятия	Клинические занятия	Самостоятельная работа	
1	Современное состояние, основные направления развития и совершенствования организации хирургической помощи в РФ	6	2	3			1	опрос
2	Острый аппендицит и его осложнения	6	2	4				опрос
3.	Острая кишечная непроходимость	18	4	5		4	5	опрос
4	Ошибки, опасности, осложнения в лечении	12	2	4		4	2	опрос

	ущемленных грыж							
5.	Острый холецистит	6	2	2			2	опрос
6.	Острый панкреатит	18	2	12			4	опрос
7.	Кровотечения желудочно-кишечного тракта	18	4	10			4	опрос
8.	Желчно-каменная болезнь. Осложнения, современные методы лечения	12	2	6		2	2	опрос
9.	Острый перитонит – современные методы лечения	18	2	12			4	опрос
10.	Травма живота с повреждением внутренних органов Базовая сердечно-легочная реанимация с автоматической наружной дефибрилляцией.	18	2	6	4		6	Опрос,зачет
11.	Послеоперационные тромбэмболические осложнения – пути профилактики	6	2	4				опрос
12.	Итоговая аттестация	6		6				тестирование, собеседование
	ИТОГО:	144	26	74	4	10	30	

2.2. Календарный учебный график

№ п/п	Наименование модуля	Форма проведения занятия	Даты, время занятия
1	Современное состояние основные направления развития и совершенствования организации хирургической помощи в РФ	Лекция, семинар, самостоятельная работа	1-ая неделя
2.	Острый аппендицит и его	Лекция, семинар,	1-ая неделя

	осложнения	самостоятельная	
3.	Острая кишечная непроходимость	Лекция, семинар ,клиническое занятие самостоятельная работа	1-ая неделя
4	Ошибки, опасности, осложнения в лечении ущемленных грыж	Лекция, семинар ,клиническое занятие самостоятельная работа	2-ая неделя
5	Острый холецистит	Лекция, семинар,самостоятельная работа	2-ая неделя
6	Острый панкреатит	Лекция, семинар ,самостоятельная работа	2-ая неделя
7	Кровотечения желудочно-кишечного тракта	Лекция, семинар ,самостоятельная работа	3-я неделя
8	Желчно-каменная болезнь. Осложнения, современные методы лечения	Лекция, семинар ,клиническая, самостоятельная работа	3-я неделя
9	Острый перитонит – современные методы лечения	Лекция, семинар ,самостоятельная работа	3-я неделя
10	Травма живота с повреждением внутренних органов Базовая сердечно-легочная реанимация с наружной автоматической дефибрилляцией	Лекция, семинар , симуляционное занятие,самостоятельная работа	4-янеделя
11	Послеоперационные тромбэмболические осложнения – пути профилактики	Лекция, семинар	4-янеделя
12	Итоговая аттестация	тестирование, собеседование	4-янеделя

2.3. Рабочие программы учебных модулей

Номер модуля	Наименование модуля	Содержание программы учебного модуля
1	Современное состояние основные направления развития и совершенствования организации экстренной хирургической помощи в РФ	Основы законодательства по организации хирургической помощи в РФ. Структура организации хирургической помощи , принципы оказания хирургической помощи, особенности оказания ургентной хирургической помощи в РФ. Особенности организации диспансеризации пациентов с хронической хирургической патологией . Пути совершенствования оказания экстренной хирургической помощи.
2	Острый аппендицит и его осложнения.	Патоморфология острого аппендицита. Клиника и диагностика. Особенности клиники в зависимости от положения червеобразного отростка. О. аппендицит у детей, беременных, стариков. Тактика при различных формах о. аппендицита. Предоперационное ведение больных с о.

		<p>аппендицитом. Способы обработки культуры червеобразного отростка (у взрослых и детей). Противопоказания к аппендэктомии. Тактика при сочетании о. аппендицита с другими заболеваниями. Осложнения деструктивного аппендицита.</p> <p>Сроки развития аппендикулярного инфильтрата, его симптомы, лечение. Хр. аппендицит, его диагностика. Отдаленные результаты оперативного лечения аппендицита. Диагностика абсцесса Дугласова пространства, лечение. Флегмона забрюшинного пространства как осложнение о. аппендицита. Дивертикул Меккеля – локализация, строение, возможные осложнения.</p>
3	Острая кишечная непроходимость	<p>Классификация. Патоморфология ОКН. Диагностика. Водно-электролитные нарушения при ОКН и их коррекция. Причины паралитической непроходимости. Причины инвагинации, обтурационной непроходимости. Факторы, способствующие странгуляционной ОКН. Наиболее частая локализация опухолей кишки. Консервативное лечение ОКН и критерии его эффективности. Клинические признаки толстокишечной непроходимости. Тактика при обтурационной кишечной непроходимости, при завороте кишки, при инвагинации, при высокой тонкокишечной непроходимости. Виды операций при обтурационной кишечной непроходимости. Признаки нежизнеспособности кишки, определение границ резекции.</p>
4	Ошибки, опасности, осложнения в лечении ущемленных грыж	<p>Клиническая картина и дифференциальная диагностика Принципы современного лечения с использованием инновационных технологий</p>
5	Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.	<p>Этиология и патогенез язвенной болезни, особенности при желудочной локализации. Клиника и диагностика язвенной болезни. Виды осложнений. Классификация язвенных гастродуоденальных кровотечений. Диагностика кровотечений. Диф. диагностика кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза. Тактика при неустойчивом гемостазе. Диагностические критерии выбора тактики лечения язвенного гастродуоденального кровотечения.</p>

		<p>Консервативное лечение кровотечений. Диета при остановившемся кровотечении. Принципы оперативного лечения кровотечений из язв желудка и 12-перстной кишки. Синдром Меллори-Вейса. Клиника перфоративной язвы. Диф. диагностика перфорации. Диагностика перфоративной язвы. Атипичная перфорация. Периоды заболевания. Выбор оперативного пособия при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки. Способы ушивания перфоративного отверстия. Консервативное лечение перфоративной язвы. Признаки пенетрации язвы. Клиника язвенного стеноза выходного отдела желудка, классификация.</p>
6	Острый панкреатит	<p>Патогенез о. панкреатита. Связь о. панкреатита с другими заболеваниями и операциями. Фазы течения ОП. Клинические формы ОП. Клиническая картина ОП. Диагностические возможности. Признаки, характерные для тяжелого панкреатита. Полиорганная недостаточность при ОП. УЗ-картина ОП в зависимости от формы. Обоснованность применения различных инструментальных методов. Нормы амилазы крови. Изменения в анализах крови. Лапароскопические признаки панкреонекроза. Тактика лечения отечного панкреатита. Обезболивание при ОП. Интенсивная терапия тяжелого панкреатита. Задачи лапароскопической операции. Постнекротические осложнения ОП. Псевдокиста поджелудочной железы.</p>
7	Травмы брюшной полости. Базовая сердечно-легочная реанимация с наружной автоматической дефибрилляцией	<p>Классификация повреждений. Признаки проникающего ранения брюшной полости. Тактика при подозрении на внутрибрюшное кровотечение. Тактика при разрыве селезенки. Тактика при разрыве поджелудочной железы. Виды разрыва тонкой кишки, оперативная тактика. Тактика при разрыве сосудов кишки. Ранения желудка. Показания к сигмостомии при травмах. Интраоперационные признаки ранения почки. Принципы и техника проведения базовой сердечно-легочной реанимации с наружной автоматической дефибрилляцией</p>
	ЖКБ и ее осложнения	<p>Индекс литогенности желчи. Пути инфицирования желчного пузыря. Стадии ЖКБ. Осложнения ЖКБ. Классификация острого холецистита. Клиническая картина о. холецистита. Диагностика ОХ.</p>

		Лабораторные показатели при ОХ. Тактика на догоспитальном этапе при ОХ. Тактика при различных формах. Показания к экстренной операции. Обезболивание при ОХ. Показания для плановой ХЭ. Интраоперационные методы исследования желчных путей. Показания к интраоперационной холангиографии. Трудности при выделении шейки желчного пузыря. Обоснование постановки дренажа в подпеченочное пространство. Показания к папиллосфинктеротомии. Диф. диагностика желтух. Тактика при прогрессирующей механической желтухе. Клиника о. холангита. Симптом Курвуазье. Билиодигестивные анастомозы. Операция Монастырского.
	Послеоперационные тромбэмболические осложнения.	Меры профилактики. Принципы антикоагулянтной терапии. Методы контроля свертывающей системы крови.
	Итоговая аттестация	Тестирование, Собеседование.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

3.1. Требования к квалификации педагогических кадров, представителей предприятий и организаций, обеспечивающих реализацию образовательного процесса

Реализация образовательной программы дополнительного профессионального образования - повышения квалификации по специальности **31.08.67 «Хирургия» «Актуальные вопросы ургентной хирургии брюшной полости»** обеспечивается преподавателями, имеющими высшее образование по профилю программы. Возможно привлечение к участию в программе работников организаций, осуществляющих трудовую деятельность в профессиональной сфере, соответствующей профессиональной деятельности реализуемой программы повышения квалификации.

3.2. Материально-технические условия реализации программы

<u>Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий</u>	<u>Вид занятий</u>	<u>Наименование оборудования, программного обеспечения</u>
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>
Лекционные аудитории	Лекции	Компьютер (PowerPoint), с

университета		доступом в сеть “Интернет” Мультимедийный проектор
Учебные комнаты кафедры	Семинарские занятия Самостоятельная работа	Компьютер (PowerPoint), с доступом в сеть “Интернет” Мультимедийный проектор
Центр симуляционных образовательных медицинских технологий университета	Симуляционные занятия	Фантом –симулятор для проведения базовой сердечно-легочной реанимации с использованием автоматического наружного дефибриллятора
Палаты хирургических отделений, перевязочные, операционные, смотровые клиник университета.	Клинические и практические занятия	Средства дистанционной визуализации

3.3. Учебно-методическое обеспечение программы

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная:

1. Абдоминальная хирургия : нац. руководство: краткое издание / [М. М. Абакумов и др.] ; под ред. И. И. Затевахиной, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 903 с. : ил., табл. - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 902-903. - ISBN 978-5-9704-3630-1 Всего: 2, НО (2)
2. Неотложная абдоминальная хирургия : справочное пособие для врачей / А. А. Гринберг [и др.] ; ред. А. А. Гринберг. - М. : Триада-Х, 2010. - 493 с. : ил., табл. - Библиогр. в конце глав. - ISBN 5-8249-0030-2 Всего: 4, НО (4)
3. Неотложная хирургия груди и живота [Текст] : рук. для врачей / [Л. Н. Бисенков и др.] ; под ред. Л. Н. Бисенкова, П. Н. Зубарева. - 3-е изд., доп. и перераб. - СПб. : СпецЛит, 2015. - 574 с. : ил. - Библиогр.: с. 569-574. - ISBN 978-5-299-00679-7 Всего: 2, НО (2)
4. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей [Текст] : нац. руководство / под ред. Ю. А. Козлова, В. В. Подкаменева, В. А. Новожилова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 749 с. : цв. ил. - Библиогр. в конце глав. - ISBN 978-5-9704-4127-5 Всего: 3, НО (3)
5. Острый аппендицит : клиника, диагностика, лечение [Текст] : учеб. пособие / [Е. Е. Ачкасов и др.] ; под ред. Е. Е. Ачкасова и др. ; Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова. - М. : Инфра-М, 2020. - 205, [1] с. : ил. - (Высшее образование: Специалитет). - Авт. указаны на с. 3. - Библиогр.: с. 202-203 (13 назв.). - ISBN 978-5-16-014643-0 Всего: 1, НО (1)
5. Скорая медицинская помощь : нац. руководство / [М. М. Абакумов и др.] ; под ред. С. Ф. Багненко [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 886 с. : ил., табл. - (Национальные руководства). - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с.879-886. - ISBN 978-5-9704-3349-2 НО (6), ЧЗ (1)
6. Торакоабдоминальная травма : монография / А. Н. Тулупов, Г. И. Синенченко. - СПб. : Фолиант, 2016. - 311, [1] с. : ил., цв. ил., табл. - Библиогр.: с. 246-256. - ISBN 978-5-93929-266-5 Всего: 2, НО (2)

Дополнительная

1. Местное обезболивание в неотложной хирургии. Учебное пособие – Волгоград: 2001, - 122 с.
2. Линденбаум И.С. Методика исследования хирургического больного.- 4-е изд., перераб. и доп.-Л.: Медгиз, Лен. отд., 1957- 225с.
3. Лабораторный контроль антикоагулянтной терапии у хирургических больных.- СПб: СПбГМУ, 2002.- 44с.
4. Расмуссен, Тод е. Руководство по ангиологии и флебологии. – М.: Литерра, 2010.- 552 с.

Библиотека кафедры.

1. Амбулаторная хирургия: Справочник практического врача / под ред. Гриценко В.В., Игнатова Ю.Д.- М.: Олма-Пресс, 2002.- 448с.
2. Гемостаз в клинической практике (краткое пособие для повседневной работы) под ред. Проф. Т.Д.Власова, проф. С.М.Яшина. – СПб.: Премиум пресс, 2019. – 264с.

Для самостоятельной подготовки обучающихся к итоговой аттестацииподготовки

– Тестовые задания по хирургическим заболеваниям (для интернов - хирургов): 3-х частях /Под редакцией В.В.Гриценко.- СПб.: Издательство СПбГМУ,2011.- 265 с.

Законодательные и нормативно-правовые документы

Конституция РФ (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 7-ФКЗ).

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ

Федеральный закон "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ

Приказ Минобрнауки России от 01.07.2013 N 499 (ред. от 15.11.2013) "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам" (Зарегистрировано в Минюсте России 20.08.2013 N 29444)

Приказ Минобрнауки России от 26 августа 2014 г. N 1110

"Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)"

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 26 ноября 2018 г. N 743н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач-хирург" (с изменениями и дополнениями)

Интернет-ресурсы

- <http://www.sciencedirect.com/> / Издательство «Elsiver»
- <http://www.med.ru/> Русский медицинский сервер
- <http://www.medmir.com/> Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке
- <http://www.scopus.com/home.url> / База данных рефератов и цитирования Scopus
- <http://www.ebm-guidelines.com/> Руководства по медицине
- <http://www.guidelines.gow/> Международные руководств по медицине

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/> PubMed Всемирная база данных статей в медицинских журналах
- <http://www.iarc.fr/> Издательство Всемирной организации здравоохранения
- <http://www.who.int/> Всемирная организация здравоохранения
- <http://www.springer.com/> Издательство «Springer»
- MEDLINE - <http://PubMed.org>
- EBSCO - <http://search.epnet.com>
- Free Medical Journals – <http://www.freemedicaljournals.com/>
- World Health Organization - <http://www.who.int/en/>

4. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Формы промежуточной и итоговой аттестации

-Промежуточная аттестация - опрос по каждому пройденному учебному модулю

- Зачет по усвоению практических навыков проведения базовой сердечно-легочной реанимация с наружной автоматической дефибрилляцией

-Итоговая аттестация – тестирование и собеседование по всему пройденному материалу

-4.2. Контроль и оценка результатов освоения

-4.2.1. Оценка теоретических знаний и практических навыков:

- зачтено (71 – 100 %)
- не зачтено (70 % и менее)

-

-4.3. Форма документа, выдаваемого по результатам освоения программы

-Удостоверение о прохождении повышения квалификации.

-

-

5. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ИНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

- **5.1. Программа тестовых заданий итоговой аттестации (на бумажном и цифровом носителе)**
- Тестовые задания по хирургическим заболеваниям (для интернов - хирургов):
3-х частях /Под редакцией В.В.Гриценко.- СПб.: Издательство СПбГМУ,2011.- 265 с.

1. ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРОСВЕТ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:

а - Пищеводе

*б - Желудке

в - Двенадцатиперстной кишке

г - Тонкой кишке

д - Толстой кишке

2. ГДЕ ПРОХОДИТ ГРАНИЦА, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ КВАЛИФИЦИРОВАТЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ КАК ИСХОДЯЩЕЕ ИЗ ВЕРХНЕГО ИЛИ НИЖНЕГО ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА?

а - На уровне фатерова соска

*б - На уровне дуоденоюнального угла

в - 30-50 см дистальнее трейцевой связки

г - На уровне баугиновой заслонки

3. ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ МЕНЬШЕ ВСЕГО МОЖЕТ СЛУЖИТЬ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ:

а - Кровавая рвота

б - Качество пульса и величина артериального давления

*в - Частота дыхательных движений

г - Признаки периферической вазоконстрикции

д - Мелена

4. НЕ УЧАСТВУЕТ В ПРОЦЕССЕ КОМПЕНСАЦИИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ:

а - Вегетативная нервная система

б - Сердечно-сосудистая система

в - Эндокринная система

г - Кроветворная система

*д - Система иммунной защиты

5. ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ФАКТА ВАЖНЕЙШИМ ЯВЛЯЕТСЯ:

*а. Эндоскопия

б. Рентгеноконтрастное исследование

в. Сцинтиграфия

г. Селективная ангиография

д. Лапаротомия с ревизией органов брюшной полости

6. РИСК ПРОДОЛЖЕНИЯ ИЛИ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОЧЕНЬ ВЫСОК КОГДА:

а. Налицо состояние шока

б. Количество гемоглобина < 70 г/л

в. Эндоскопически обнаружена активно кровоточащая язва желудка

г. Возраст превышает 50 лет

*д. Все вышеперечисленное

7. К ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ АКТИВНОГО ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:

- *а. Струя артериальной крови
- б. Видимый сосуд
- *в. Просачивание крови из-под тромба
- г. Сгустки крови в желудке
- д. Язва покрытая сгустками крови

8. ЧЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ?

- а. Состоянием больного
- б. Уровнем гематокрита и гемоглобина
- в. Данными эндоскопии
- г. Результатами реанимации
- *д. Все вышеперечисленное

9. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. Шок или нестабильная гемодинамика
- б. Рецидив кровотечения в первые часы или дни после госпитализации
- в. Кровотечения, сочетающиеся с перфорацией язвы
- *г. Все вышеперечисленное

10. ВЫБИРАЯ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ, ПРИНИМАЮТ ВО ВНИМАНИЕ:

- а. Локализацию язвы
- б. Возможный тип секреции
- в. Состояние больного
- *г. Все вышеперечисленное

11. ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ НА ПОЧВЕ ОСТРЫХ ИЗЪЯЗВЛЕНИЙ И ЯЗВ, ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а. Блокада H₂-рецепторов гистамина

- б. Антациды
- в. Селективная инфузия вазопрессина
- *г. Внутривенные инфузии и промывания желудка ледяным солевым раствором
- д. Витамин А в больших дозах

12. РАЗРЫВ СЛИЗИСТОЙ ПРИ СИНДРОМЕ МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА ИМЕЕТ МЕСТО:

- *а. В зоне пищеводно-желудочного перехода
- б. На передней стенке антрального отдела желудка
- в. На задней стенке антрального отдела желудка
- г. На малой кривизне желудка
- д. В зоне привратника

13. К ВОЗНИКНОВЕНИЮ СИНДРОМА МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА ИМЕЮТ ОТНОШЕНИЕ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ, ИСКЛЮЧАЯ

- *а. Нарушения эвакуаторной функции желудка
- б. Ограниченную подвижность слизистой и подслизистого слоя
- в. Дискоординацию движений мышц пищевода и желудка
- г. Желудочно-пищеводный рефлюкс
- д. Внезапное повышение внутрижелудочного давления

14. В ЧИСЛО ЭЛЕМЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СИНДРОМЕ МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА НЕ ВХОДИТ:

- а. Широкая гастротомия
- б. Осмотр всего желудка
- в. Ушивание трещины с захватом подслизистого и мышечного слоев
- г. Ревизия окружающих органов
- *д. Пилоропластика

15. ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а. Лактулоза
- б. Циметидин
- в. Неомицин

*г. Вазопрессин

д. Седативные средства

16. ДО 80-90% ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПОДДАЮТСЯ КОНТРОЛЮ. ИЗ МЕТОДОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ С ЭТОЙ ЦЕЛЬЮ, ПРИОРИТЕТНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

а. Вазопрессин

б. Балонная тампонада

*в. Склеротерапия

г. Чрезпеченочная эмболизация желудочных вен

д. Портокавальный анастомоз

17. АЛЛОННАЯ ТАМПОНАДА КРОВОТОЧАЩИХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИВОДИТ К ОСЛОЖНЕНИЯМ В 4-9% СЛУЧАЕВ. СРЕДИ НИХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫ:

*а. Аспирация

б. Обструкция трахеи

в. Некроз участков слизистой

г. Некроз пищевода

д. Разрыв пищевода

18. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГЕМОБИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

*а. Травма печени

б. Опухоли печени и желчных путей

в. Желчнокаменная болезнь

г. Патология внутри- и внепеченочных сосудов

д. Абсцесс печени

19. ДЛЯ ГЕМОБИЛИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ:

а. Печеночной колики

б. Желтухи

в. Кровотечения в просвет пищеварительного тракта

*г. Гепатомегалии

д. Мелены

20. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ, КАСАЮЩЕЕСЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НЕВЕРНО?

- а. Заболевания, осложняющиеся кровотечением, отличаются большим разнообразием
- б. До начала кровотечения клинические проявления болезни во многих случаях слабо выражены, неспецифичны или отсутствуют
- в. Источники кровотечений могут локализоваться в разных сегментах кишечника одновременно
- г. Патология, найденная в ходе дооперационного исследования, не обязательно является причиной кровотечения
- *д. Идентификация источника проще всего достигается в ходе лапаротомии

21. НИЗКИЕ МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНЫ В СЛУЧАЯХ, КОГДА ИСТОЧНИК СВЯЗАН С:

- *а. Воспалительным процессом
- б. Опухолевым ростом
- в. Аномалией кишечника
- г. Механическими причинами
- д. Сосудистой патологией

22. МАССИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРВЫМ И ЕДИНСТВЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БОЛЕЗНИ ПРИ:

- *а. Дивертикулезе
- б. Диффузном семейном полипозе
- в. Злокачественных новообразованиях
- г. Неспецифическом язвенном колите
- д. Эндометриозе кишечника

23. МАССИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ДИВЕРТИКУЛЕЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО:

- а. Слабостью кишечной стенки
- б. Близким расположением друг к другу множества дивертикулов
- *в. Взаимоотношением дивертикула с сосудами кишечной стенки

г. Задержкой в дивертикуле содержимого кишки

д. Дивертикулитом

24. ДЛЯ ВНУТРИОПЕРАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН НИЗКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИГОДНЫ:

а. Ревизия кишечника

б. Видеопанэндоскопия

в. Селективная мезентериальная ангиография

*г. Все вышеперечисленное

25. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НА ПОЧВЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НАИЛУЧШИМ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ:

а. Консервативный подход

б. Илеостомия

в. Левосторонняя гемиколэктомия

*г. Субтотальная колэктомия

д. Колпроктэктомия

26. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

а) холецистите

*б) перфоративной язве желудка

в) аппендиците

г) кишечной непроходимости

27. ЗАЩИТНОЕ МЫШЕЧНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

*а) острого перитонита

б) отечной формы панкреатита

в) инвагинации кишечника

г) желудочного кровотечения

28. СИМПТОМ СИТКОВСКОГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

а) остром холецистите

б) остром панкреатите

*в) остром аппендиците

г) почечной колике

29. ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ

а) печеночная недостаточность

*б) закупорка камнем общего желчного протока

в) гемолиз эритроцитов

г) нарушение обмена веществ

30. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО

а) вздутие живота

б) схваткообразные боли

*в) исчезновение печеночной тупости

г) задержка стула и газов

31. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРИТОНИТА

а) болезненность живота при пальпации

б) неотхождение газов и кала

в) рвота

*г) симптомы раздражения брюшины

32. ЭВЕНТРАЦИЯ – ЭТО

а) воспаление брюшины

б) ущемление кишечника в спайках

*в) выхождение кишечных петель на переднюю брюшную стенку

г) выделение кишечного содержимого из раны

33. СИНДРОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

а) острого перитонита

б) нарушения функции желудочно-кишечного тракта

*в) внутреннего кровотечения

г) острой дыхательной недостаточности

34. ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

- а) почек
 - *б) кишечника
 - в) анального канала
 - г) селезенки
35. ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТ
- а) 10% раствор хлорида натрия
 - б) гипертоническую клизму
 - в) прозерин
 - *г) атропин
36. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ
- а) старческий возраст
 - *б) отсутствуют
 - в) гипертоническая болезнь
 - г) острая пневмония
37. ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ
- а) диагностическая
 - б) плановая
 - в) срочная
 - *г) экстренная
38. В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ
- а) ускорение СОЭ
 - б) анемия
 - *в) лейкоцитоз
 - г) изменений нет
39. ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ
- а) постоянные, сильные в правой подвздошной области
 - *б) постоянные, резкие боли в правом подреберье
 - в) опоясывающие, тупого характера
 - г) "кинжальные" в эпигастрии

40. СИМПТОМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- а) подающей капли
- б) Пастернацкого
- в) Ситковского
- *г) Ортнера

41. АНАЛИЗ КРОВИ И МОЧИ НА СОДЕРЖАНИЕ АМИЛАЗЫ ВЫПОЛНЯЮТ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА

- а) кишечное кровотечение
- б) острый проктит
- *в) острый панкреатит
- г) острый перитонит

42. "ДОСКООБРАЗНЫЙ" ЖИВОТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- а) повреждении печени
- *б) перфоративной язве желудка
- в) желудочном кровотечении
- г) остром аппендиците

43. ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА

- а) постоянные, сильные в правой подвздошной области
- б) постоянные, резкие боли в правом подреберье
- в) опоясывающие, тупого характера
- *г) "кинжальные" в эпигастрии

44. ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

- *а) постоянные, сильные боли в правой подвздошной области
- б) постоянные, резкие боли в правом подреберье
- в) опоясывающие, тупого характера
- г) "кинжальные" в эпигастрии

45. ДОСТОВЕРНЫЙ СИМПТОМ АППЕНДИЦИТА

- а) разлитая боль в животе

- б) тошнота
- в) вздутие живота
- *г) симптом Щеткина-Блюмберга

46. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЖА
НА

- *а) правом боку
- б) левом боку
- в) спине, с опущенным головным концом
- г) животе

47. ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- а) антибиотиков
- б) спазмолитиков
- в) обезболивающих
- *г) ингибиторов протеаз

48. "СЕРП" ВОЗДУХА ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ХАРАКТЕРЕН
ДЛЯ

- а) кишечной непроходимости
- *б) прободной язвы
- в) кровоточащей язвы
- г) панкреатита

49. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА - ЭТО ОСЛОЖНЕНИЕ

- а) острого панкреатита
- б) острого аппендицита
- *в) острого холецистита
- г) острого дуоденита

50. РВОТА, НЕ ПРИНОСЯЩАЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- а) катарального аппендицита
- б) хронического холецистита
- *в) острого панкреатита

г) невралимой грыжи

51. В последние десятилетия в развитых странах мира в отношении сепсиса наблюдается;

- а) рост случаев сепсиса
- б) снижение случаев сепсиса
- в) отсутствие динамики

52. В развитых странах мира летальность при хирургическом сепсисе составляет в среднем:

- а) 10-15%
- б) 20-30%
- в) 50-60%

53. Современная концепция сепсиса была впервые сформулирована:

- а) на согласительной конференции Американского общества торакальных хирургов и врачей медицины экстренных состояний, ACCP/SCCM Consensus Conference Committee, Чикаго, США 1991 г
- б) рекомендациями Европейского общества интенсивной терапии (ESICM), 2001
- в) рекомендациями интернациональной организации СЕПСИС-ФОРУМ (ISF), 2003

54. Национальные рекомендации по сепсису для российских врачей были впервые сформулированы :

- а) в решениях Калужской согласительной конференции по сепсису - приняты междисциплинарные национальные рекомендации РФ по сепсису (2004)
- б) в решениях IV Всероссийская конференция общих хирургов и пленума проблемной комиссии «инфекция в хирургии» (2007)
- в) в решениях VII конференция РАСХИ «вопросы клинической и патологоанатомической диагностики и лечения сепсиса» (2008)

55. В современной концепции патогенеза сепсиса основная роль в повреждении функции внутренних органов отводится:

- а) инфекционным экзотоксинам
- б) противовоспалительным цитокинам
- в) инфекционным эндотоксинам
- г) свободным радикалам
- д) иммунным комплексам

56. Чаще всего причиной сепсиса являются:

- а) неспецифические условно-патогенные эндогенные человеку микроорганизмы
- б) нозокомиальная инфекция
- в) специфическая инфекция абсолютно патогенная инфекция

57. В настоящее время основным источником сепсиса является:

- а) грибковая инфекция
- б) вирусная инфекция
- в) бактериальная инфекция с резким преимуществом Грампозитивных микроорганизмов
- г) бактериальная инфекция с резким преимуществом Грамнегативных микроорганизмов
- д) бактериальная инфекция, представленная примерно в равном соотношении Грампозитивной и Грамнегативной инфекцией

58. Для развития сепсиса основное значение имеет

- а) нарушение неспецифической противoinфекционной резистентности
- б) повреждение гистеогемацитарных барьеров
- в) нарушение в специфическом иммунитете

59. Факторы, способствующие нозокомиальному хирургическому сепсису:

- а) инвазивность хирургических вмешательств
(механическое нарушение гистогемоцитарных барьеров организма)
- б) использование имплантантов
- в) вскрытие просвета органов желудочно-кишечного тракта во время оперативных вмешательств
- г) длительное время нахождения катетеров и дренажей в мочевых путях, полостях, сосудах, ЖКТ
- д) наличие у пациентов послеоперационных ран

60. В современной международной классификации *сепсис* это:

- а) инфекционный очаг ± бактериемия + системная воспалительная реакция + полиорганная дисфункция
- б) инфекционный очаг + бактериемия
- в) инфекционный очаг + бактериемия + системная воспалительная реакция
- г) бактериемия
- д) системная воспалительная реакция

61. В современной международной классификации *тяжелый сепсис* это:

- а) инфекционный очаг + бактериемия + системная воспалительная реакция + полиорганная дисфункция

- б) инфекционный очаг + бактериемия
- в) инфекционный очаг + бактериемия + системная воспалительная реакция
- г) бактериемия
- д) системная воспалительная реакция

62. К признакам системной воспалительной реакции не относится:

- а) увеличение частоты сердечных сокращений свыше 90 в минуту
- б) лейкоцитоз крови свыше $12 \times 10^9/\text{л}$
- в) увеличение частоты дыханий свыше 20 в минуту
- г) повышение температуры более 38°C
- д) снижение гемоглобина менее 80 г/л

63. Фаза напряжения сепсиса характеризуется:

- а) преобладанием в крови провоспалительных цитокинов
- б) преобладанием в крови противовоспалительных цитокинов
- в) равновесием про- и противовоспалительных цитокинов
- г) дефицитом в крови про- и противовоспалительных цитокинов

64. Фаза катаболических нарушений (иммунопаралича) сепсиса характеризуется:

- а) преобладанием в крови провоспалительных цитокинов
- б) преобладанием в крови противовоспалительных цитокинов
- в) равновесием про- и противовоспалительных цитокинов
- г) лейко- и лимфопенией
- д) лейкоцитозом

65. Под термином «нозокомиальная инфекция» понимают инфекционный процесс, возникший у пациента при нахождении его

- а) в медицинском стационаре
- б) дома
- в) на работе

66. В лечении тяжелого сепсиса препарат «зигрис» нашел свое применение потому, что он:

- а) активизирует фибринолиз
- б) является антибиотикам ультраширокого спектра
- в) защищает эндотелий от апоптоза
- г) подавляет воспалительную реакцию
- д) подавляет тромбообразование

67. В настоящее время среди средств иммунокоррекции при тяжелом сепсисе наиболее доказана эффективность:

- а) комплексных иммуноглобулинов для внутривенного введения (пентаглобин)
- б) рекомбинантных интерлейкинов (ронколейкин)
- в) рекомбинантных интерферонов
- г) Т-иммуномодуляторов (тималин)

68. При сепсисе, вызванном Грамположительной инфекцией наиболее эффективна монотерапия:

- а) ванкомицином или линезолидом
- б) аминогликозидами
- в) полусинтетическими пенициллинами

г) метронидазолом

69. Преимущества применения карбопенемов при тяжелом сепсисе:

- а) обладают ультрашироким спектром действия
- б) низким уровнем приобретенной резистентности
- в) возможностью применения у лиц с полиорганной дисфункцией
- г) низкой себестоимостью препаратов

70. В программу интенсивной терапии тяжелого

сепсиса не входит:

- а) обменное переливание крови
- б) респираторная поддержка
- в) нутритивная поддержка
- г) антибиотикотерапия
- д) инфузионная терапия
- е) иммунокоррекция

71. Для тяжелого сепсиса характерны следующие изменения метаболизма в организме:

- а) гиперметаболизм
- б) аутоканибализм
- в) гипометаболизм
- г) резистентность к усвоению нутриетиков
- д) повышенная усвояемость нутриетиков

72. При сепсисе наиболее целесообразно соблюдать следующие правила при заборе проб крови на гемокультуру:

- а) кровь забирать до применения антибиотикотерапии
- б) при выделении типичных патогенов достаточно однократного выделения при отрицательном результате - неоднократные взятия проб (минимум 2-3 раза)
- в) кровь забирать одновременно из вены и артерии
- г) кровь забирать из двух периферических вен с интервалом в 30 минут в разные пробирки: отдельно на аэробную и анаэробную инфекцию
- д) кровь забирать за 2 часа до пика лихорадки

73. Основным лабораторным маркером сепсиса считают количественное определение в крови:

- а) прокальцитонина
- б) С-реактивного белка
- в) креатинина
- г) гамма-глобулина
- д) интерферона

74. Молниеносная форма сепсиса развивается в сроки:

- а) 3-4 суток
- б) 5-7 суток
- в) 7-14 суток
- г) 1-2 суток
- д) 6-10 суток

75. Для выявления органной дисфункции при сепсисе наиболее принято использовать критерии:

- а) APACHE
- б) SOFA
- в) MODS
- г) LODS
- д) A. Baue

76. Для количественной оценки тяжести полиорганной недостаточности при сепсисе чаще всего используют шкалы:

- а) APACHE II
- б) SOFA
- в) MODS
- г) LODS
- д) A. Baue

77. При каком уровне тяжести полиорганной недостаточности по шкале SOFA хуже прогноз при тяжелом сепсисе:

- а) 4 баллов
- б) 12 баллов
- в) 16 баллов
- г) 24 балла

78. Термин «компенсированная системная воспалительная реакция» применяется если

- а) признаки системной воспалительной реакции уменьшаются спустя 72 часа после адекватной санации первичного очага инфекции

б) признаки системной воспалительной реакции не уменьшаются спустя 72 часа после адекватной санации первичного очага инфекции

79. Периоперационная антибиотикопрофилактика при «чистых» плановых операциях должна выполняться у лиц :

а) в возраст старше 70 лет

б) имеющих резкие нарушения питания (ожирение 3 степени или кахексия)

в) -длительность операции более 4 часов

г)-сахарный диабет

д)сердечная недостаточность

е)-спленэктомия в анамнезлечение кортикостероидами и цитостатиками

80. У больного с инфарктом миокарда 6 часов назад произошло ущемление паховой грыжи. Ваша тактика

1. экстренная операция
2. операция при развитии перитонита
3. операция при развитии флегмоны грыжевого мешка
4. тактика зависит от локализации инфаркта
5. показано вправление грыжи

81. У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировке в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Какова Ваша дальнейшая тактика?

1. экстренная операция
2. операция в плановом порядке
3. больной может быть отпущен домой
4. показано динамическое наблюдение за больным в хирургическом стационаре

82. Наилучшим методом дифференциальной диагностики лимфаденита от ущемления бедренной грыжи это:

1. Сканирование изотопом галлия.

2. Сонография.
3. Ирригоскопия.
4. Пробное лечение антибиотиками.
5. Операция

83. Повреждение какого сосуда может произойти при рассечении Жимбернатовой связки при операции по поводу ущемленной бедренной грыжи?

1. Бедренной артерии.
2. Нижней брыжеечной артерии.
3. Аномальной запирающей артерии.
4. Бедренной вены.
5. Наружной подвздошной артерии

84. Грыжа Литтре (Littre).

1. Противобрыжеечный край кишки ущемлен в мешке.
2. Дефект полулунной линии.
3. Поясничная грыжа.
4. Содержит дивертикул Меккеля.

85. Грыжа Рихтера.

1. Противобрыжеечный край кишки ущемлен в мешке.
2. Дефект полулунной линии.
3. Поясничная грыжа.
4. Содержит дивертикул Меккеля.

86. Грыжа треугольника Пти (Petit).

1. Противобрыжеечный край кишки ущемлен в мешке.
2. Дефект полулунной линии.
3. Поясничная грыжа.
4. Содержит дивертикул Меккеля.

87. Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для грыжи:

1. скользящей

2. ущемленной
3. бедренной
4. врожденной
5. косо паховой

88. Врожденная паховая грыжа всегда:

1. косая
2. прямая
3. скользящая
4. ущемленная
5. невриальная

89. Основным признаком скользящей грыжи является:

1. легкая вправляемость
2. врожденная природа
3. одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости, частично покрытый брюшиной
4. проникновение между мышцами и апоневрозом
5. все перечисленное верно

90. При флегмоне грыжевого мешка операцию начинают с:

1. вскрытия флегмоны
2. срединной лапаротомии
3. выделения грыжевого мешка из окружающих тканей
4. пункции грыжевого мешка
5. одновременной операции из двух доступов

91. Какие грыжи чаще всего ущемляются?

1. паховые
2. бедренные
3. пупочные
4. белой линии живота

92. При узких грыжевых воротах возникает ущемление

1. каловое

2. эластическое

14. Рихтеровское ущемление чаще встречается при грыже

1. паховой
2. бедренной
3. пупочной
4. послеоперационной вентральной
5. белой линии живота

93. При флегмоне грыжевого мешка выполнена операция Грекова. О какой грыже идет речь?

1. паховой
2. бедренной
3. пупочной
4. белой линии живота
5. редкой локализации

94. Причиной «мнимого вправления» грыжи является

1. малый срок после ущемления
2. длительное время после ущемления
3. многокамерный грыжевой мешок
4. детский возраст пациента

95. У больного ущемленная грыжа. Во время операции - кишка жизнеспособна, выражены странгуляционные борозды. Тактика хирурга?

1. дополнительные мероприятия по «реанимации» кишки
2. резекция кишки в пределах здоровых тканей
3. резекция кишки с отступом в проксимальном и дистальном направлениях как при некротизированной кишке
4. погружение странгуляционных борозд серозно-мышечными швами

96. При ущемлении дивертикула Меккеля и его жизнеспособности тактика хирурга заключается

1. в его резекции
2. зависит от его размеров
3. в оставлении дивертикула

98. Укажите, какую стенку бедренного кольца рассекают при ущемленной бедренной грыже:

1. Медиальную
2. Латеральную
3. Никакую
4. Заднюю
5. Переднюю

99. Тактика при синдроме ложного ущемления

1. динамическое наблюдение
2. герниотомия, герниопластика
3. лапаротомия, выполнение основной операции
4. лапаротомия, выполнение основной операции, затем герниопластика

**5.2. СТАНДАРТНЫЙ ИМИТАЦИОННЫЙ МОДУЛЬ
«БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ
С АВТОМАТИЧЕСКОЙ НАРУЖНОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЕЙ»**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России)**

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе

Решение Методического Совета
Протокол № _____

_____ А.И. Яременко
«___» _____ 2019г.

от «___» _____ 2019г.

**СТАНДАРТНЫЙ ИМИТАЦИОННЫЙ МОДУЛЬ
«БАЗОВАЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ
С АВТОМАТИЧЕСКОЙ НАРУЖНОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИЕЙ»**

**Всего часов: 6 академических часов
Вид контроля: Зачет**

**Санкт-Петербург
2019 г.**

Стандартный Имитационный Модуль (СИМ) составлен на основании рекомендаций Европейского Совета по реанимации, Национального Совета по реанимации в последней редакции 2015 года.

Авторы:

Доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии Зарипова З.А.

Преподаватель кафедры анестезиологии и реаниматологии Поликарпова Е.В.

Рецензент:

Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Полушин Ю.С.

Стандартный Имитационный Модуль «**Базовая сердечно-легочная реанимация с автоматической наружной дефибрилляцией**» рассмотрен на заседании кафедры анестезиологии и реаниматологии и одобрен цикловой методической комиссией факультета послевузовского образования

Протокол № 226 от «08» мая 2019 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка
 - 1.1 Краткая характеристика СИМа
 - 1.2 Разделы СИМа
 - 1.3 Компетенция (часть компетенции):
 - матрица компетенции (части компетенции)
 - карта формирования компетенции (части компетенции)
 - 1.4 Перечень планируемых результатов обучения (знать, уметь, владеть)
 - 1.5 Формы организации обучения
 - 1.6 Виды контроля
2. Содержание СИМа
 - 2.1 Объем СИМа
 - 2.2 Тематический план брифинга СИМа
 - 2.3 Тематический план практического занятия СИМа
 - 2.4 Содержание брифинга СИМа
 - 2.5 Содержание практического объяснения и выполнения СИМа
 - 2.6 Интерактивные формы обучения: кейс-метод, игровые технологии
 - 2.7 Дистанционная составляющая (при наличии)
3. Учебно-методическое и информационное обеспечение СИМа
 - 3.1 Перечень основной и дополнительной литературы
 - 3.2 Перечень ресурсов сети «Интернет» для освоения СИМа
 - 3.3 Перечень материалов, используемых при обучении
 - 3.4 Описание материально-технической базы:
 - перечень имеющегося симуляционного оборудования
 - перечень прочего оборудования, используемого при обучении
4. Фонд оценочных средств
 - 4.1 Чек-листы
 - 4.2 Задачи
 - 4.3 Ведомости прохождения обучения

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

1.1 КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИМа

Стандартный Имитационный Модуль (СИМ) предназначен для формирования у обучающихся навыков и умений выполнения базового реанимационного комплекса с применением автоматического наружного дефибриллятора при остановке кровообращения на догоспитальном этапе (первая помощь) и в стационаре (экстренная медицинская помощь)

Цель СИМа

Обучить слушателей безопасно использовать автоматический наружный дефибриллятор и качественно выполнять комплекс мероприятий по базовой сердечно-легочной реанимации в соответствии с современными алгоритмами при остановке кровообращения

Задачи СИМа

1. Развить навык обеспечения собственной безопасности при оказании помощи
2. Отработать алгоритм быстрой диагностики клинической смерти и вызова бригады скорой медицинской помощи
3. Научить качественно выполнять компрессии грудной клетки и искусственную вентиляцию легких
4. Сформировать навык безопасного использования автоматического наружного дефибриллятора

1.2 РАЗДЕЛЫ СИМа

1. Оценка собственной безопасности
2. Оценка состояния пострадавшего
3. Вызов помощи
4. Компрессии грудной клетки
5. Искусственная вентиляция легких
6. Использование автоматического наружного дефибриллятора

1.3 КОМПЕТЕНЦИЯ (ЧАСТЬ КОМПЕТЕНЦИИ):

- матрица компетенции (части компетенции) – см. таблицу
- карта формирования компетенции (части компетенции) – см. таблицу
- ФГОС ВО 3+ от 2016 г. «5.2. Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать следующими общекультурными компетенциями:
 - готовностью использовать приемы оказания первой помощи (ОК – 7), ...»

- ФГОС ВО 3+ от 2016 г.

«5.4. Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать следующими профессиональными компетенциями, соответствующими виду (видам) профессиональной деятельности, на который (которые) ориентирована программа специалитета:
медицинская деятельность:

- готовностью к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ПК – 11), ...»

- Проект ФГОС ВО 3++ от 2019 г.

3.1. В результате освоения программы специалитета у выпускника должны быть сформированы компетенции, установленные программой специалитета.

3.2. Программа специалитета должна устанавливать следующие универсальные компетенции:

- Системное и критическое мышление. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК – 1).

- Командная работа и лидерство. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели (УК – 3).

- Коммуникация. Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия (УК – 4).

3.3. Программа специалитета должна устанавливать следующие общепрофессиональные компетенции:

- Медицинские технологии, оборудование и специальные средства профилактики. Способен применять медицинские технологии, специализированное оборудование и медицинские изделия...для решения профессиональных задач с позиций доказательной медицины (ОПК – 4).

- Этиология и патогенез. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач (ОПК – 5).

- Первая помощь, экстренная медицинская помощь. Способен оказать первую и экстренную медицинскую помощь в необходимом объёме при различных критических состояниях и в различных условиях...(ОПК – 6)

	1 курс	2 курс	3 курс	4 курс	5 курс	6 курс
УК – 1						
УК – 3						
УК – 4						
ОПК – 4						
ОПК – 5						
ОПК – 6						

	1 курс	2 курс	3 курс	4 курс	5 курс	6 курс
ОК – 7 Готовность использовать приёмы оказания первой помощи...						
ПК – 11 Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства...						
Знать:	<ul style="list-style-type: none"> - юридические аспекты оказания первой помощи, скорой медицинской помощи и базового реанимационного комплекса; - психологические и этические аспекты оказания различных видов помощи пострадавшему; - физические основы работы дефибрилятора 	<ul style="list-style-type: none"> - физиологию деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем; - основы формирования электрокардиографической картины 	<ul style="list-style-type: none"> - патофизиологические изменения в организме человека при угнетении функции дыхания и кровообращения; - танатогенез при развитии клинической и биологической смерти 	<ul style="list-style-type: none"> - электрокардиографическую картину гемодинамически значимых нарушений ритма; - признаки клинической и биологической смерти 	<ul style="list-style-type: none"> - состояния, которые могут привести к остановке кровообращения; - признаки ухудшения состояния пациента (по шкалам) 	<ul style="list-style-type: none"> - алгоритм оценки состояния пострадавшего; - алгоритм вызова скорой медицинской помощи; - алгоритм действий при выполнении базового реанимационного комплекса
Уметь:	<ul style="list-style-type: none"> - взаимодействовать со службами спасения; - разговаривать с очевидцами и родственниками пациентов; 	<ul style="list-style-type: none"> - оценивать анатомо-физиологические особенности, возрастные и весоростовые характеристики пострадавшего 	<ul style="list-style-type: none"> - оценивать наличие и адекватность дыхания и кровообращения 	<ul style="list-style-type: none"> - оценивать необходимость и перспективность проведения сердечно-лёгочной реанимации; - правильно оценивать и интерпретировать показатели дефибрилятора (монитора); - пользоваться дефибрилятором (монитором) 	<ul style="list-style-type: none"> - правильно оценивать состояние пациента, прогнозируя его ухудшение 	<ul style="list-style-type: none"> - оценивать собственную безопасность; - оценивать состояние пострадавшего; - вызывать помощь; - выполнять компрессии грудной клетки; - проводить искусственную вентиляцию лёгких; - безопасно

						использовать автоматический наружный дефибриллятор
Владеть:	- приёмами психологического воздействия на очевидцев и родственников пострадавших	-	- методикой оценки показателей функции дыхания и кровообращения	- алгоритмом оценки показателей дефибриллятора (монитора)	- методикой оценки состояния пациента в критическом состоянии (А-В-С-D-E)	- алгоритмом действий при выполнении базового реанимационного комплекса

1.4 ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Знать:

- алгоритм оценки состояния пострадавшего
- алгоритм вызова скорой медицинской помощи
- алгоритм действий при выполнении базового реанимационного комплекса

Уметь:

- оценивать собственную безопасность
- оценивать состояние пострадавшего
- вызывать помощь
- выполнять компрессии грудной клетки
- проводить искусственную вентиляцию легких
- безопасно использовать автоматический наружный дефибриллятор

Владеть:

- алгоритмом действий при выполнении базового реанимационного комплекса

1.5 ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ

- Брифинг (продолжительностью 15 минут): теоретический разбор алгоритма действий при остановке кровообращения у пострадавшего (алгоритм Европейского Совета по реанимации и Национального Совета по реанимации).

- Практическая методика в 4 шага (30 минут):

1. Преподаватель молча показывает алгоритм.
2. Преподаватель показывает алгоритм, поясняя каждое своё действие.
3. Обучающиеся озвучивают алгоритм, преподаватель выполняет.
4. Один из обучающихся сам выполняет алгоритм, комментируя свои действия.

- Практическое занятие (продолжительностью 2 академических часа): отработка обучающимися алгоритма базового реанимационного комплекса.

- Брифинг (продолжительностью 15 минут): теоретический разбор алгоритма использования автоматического наружного дефибриллятора (алгоритм Европейского Совета по реанимации и Национального Совета по реанимации).

- Практическая методика в 4 шага (30 минут):

1. Преподаватель молча показывает алгоритм.
2. Преподаватель показывает алгоритм, поясняя каждое своё действие.
3. Обучающиеся озвучивают алгоритм, преподаватель выполняет.
4. Один из обучающихся сам выполняет алгоритм, комментируя свои действия.

Практическое занятие (продолжительностью 2 академических часа): отработка обучающимися алгоритма базового реанимационного комплекса с использованием автоматического наружного дефибриллятора.

1.6 ВИДЫ КОНТРОЛЯ

Итоговый контроль – каждый обучающийся выполняет алгоритм с балльной оценкой каждого действия по чек-листу.

2. СОДЕРЖАНИЕ СИМа

2.1 ОБЪЕМ СИМа

1	Брифинг 1.	15 минут
	Практическое пояснение 1.	30 минут
	Практическое выполнение 1.	2 часа
2	Брифинг 2.	15 минут
	Практическое пояснение 2.	30 минут
	Практическое выполнение 2.	2 часа
	Всего часов	6 часов

2.2 ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН БРИФИНГА СИМа

№ п\п	Тематика брифинга	Трудоемкость (мин)
1	Алгоритм базового реанимационного комплекса	45
2	Алгоритм использования автоматического наружного дефибриллятора	45

2.3 ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ СИМа

№ п\п	Тематика занятия	Трудоемкость (час.)
1	Алгоритм базового реанимационного комплекса	2
2	Алгоритм использования автоматического наружного дефибриллятора	2

2.4 СОДЕРЖАНИЕ БРИФИНГА СИМа

Остановка кровообращения (15 минут). Рассматриваются вопросы актуальности быстрой диагностики остановки кровообращения. Приводятся примеры успешных систем здравоохранения, где быстрая диагностика и качественное исполнение базового реанимационного комплекса, а также раннее использование автоматического наружного дефибриллятора сохраняют жизнеспособность и трудоспособность более чем у 60% пострадавших с остановкой кровообращения. Приводятся теоретические аспекты обновления алгоритма Европейским Советом по реанимации (рекомендации 2015 года).

2.5 СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ОБЪЯСНЕНИЯ И ВЫПОЛНЕНИЯ СИМа (рекомендации для преподавателя и обучающихся).

2.5.1 Оценка состояния пострадавшего

1. **Оцените собственную безопасность.** Чтобы избежать формирования так называемого «тоннельного зрения», разведите обе руки в стороны. После этого посмотрите сначала в сторону одной, а затем второй руки, вверх и вниз себе под ноги. Задайте себе вопрос вслух: «Мне ничего не угрожает?». Оценка безопасности занимает от 10 до 30 секунд. При наличии опасности не приближайтесь к пострадавшему, если не можете её устранить самостоятельно.

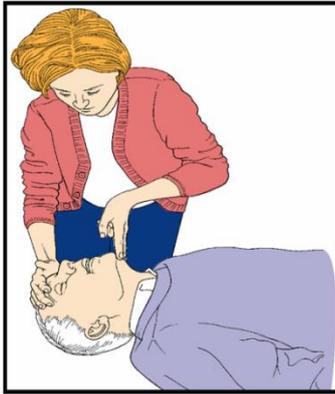
2. Если опасности нет, **оцените наличие сознания у пострадавшего.** Громко окриknите пострадавшего, задав типовой(ые) вопрос(ы): «Что с Вами? Вам плохо? Вы меня слышите?». Если пострадавший не отвечает и не реагирует как-либо иначе (стон, движение), подойдите к нему и аккуратно (несильно) потрясите его за плечи и громко повторите типовой(ые) вопрос(ы) (рис. 1).



Если пострадавший реагирует (отвечает или двигается), но ему требуется помощь, то оставьте его в том же положении, в котором Вы его нашли, проверьте его состояние и позовите на помощь. После того, как Вы позвали на помощь, повторно оцените его состояние и делайте это регулярно до приезда бригады скорой медицинской помощи.

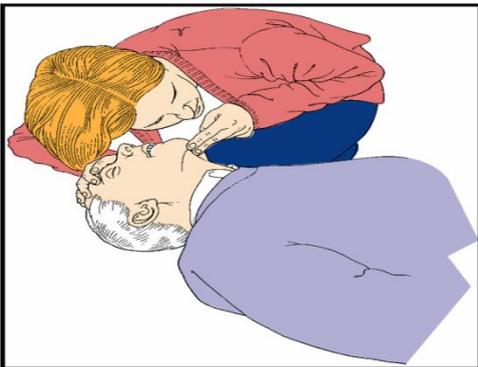
Рисунок 1. Оценка сознания у пострадавшего.

3. Если пострадавший не реагирует на внешние раздражители, то, скорее всего, пострадавший без сознания. Позовите на помощь: используйте громкий крик, фразу «Помогите, человеку плохо, нужна помощь!»



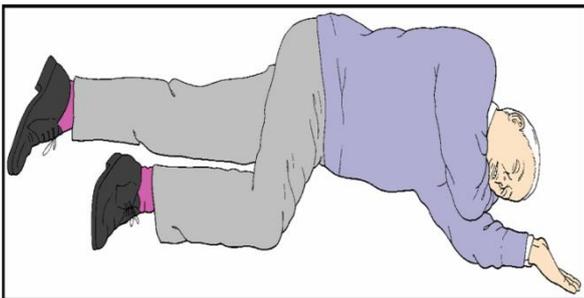
4. **Оцените наличие дыхания у пострадавшего.** Положите пострадавшего горизонтально на спину на твёрдую поверхность (если он ещё не находится в этом положении). Одну руку положите на лоб пострадавшего, оказывая незначительное давление. Другой рукой поднимите нижнюю челюсть за подбородок, обеспечивая разгибание головы и шеи (рис. 2).

Рисунок 2. Обеспечение проходимости дыхательных путей.



Далее, при поддержании проходимости дыхательных путей, оцените эффективность самостоятельного дыхания по принципу «вижу, слышу, ощущаю»: в течение не более 10 секунд (считать вслух до 10) смотрите на грудную клетку пострадавшего на предмет наличия дыхательных движений; оценивайте наличие дыхательных шумов и ощущайте движения воздуха, приблизив ухо ко рту пострадавшего, как показано на рис. 3.

Рисунок 3. Оценка эффективности самостоятельного дыхания.



Если пациент дышит, то поверните его набок, подложив его руку, находящуюся сверху под щеку, и согнув ногу, лежащую сверху в колене (устойчивое боковое положение, «recovery position», рис. 4). Далее регулярно проверяйте наличие самостоятельного дыхания.

Рисунок 4. Безопасное положение пациента на боку («recovery position»).

2.5.2 Вызов скорой медицинской помощи

1. Вы можете делегировать вызов помощи конкретному очевидцу или можете вызвать её сами. Вызов помощи может проводиться параллельно с началом компрессий грудной клетки или может быть полностью закончен до начала компрессий.
2. На территории Российской Федерации единый телефон вызова экстренных служб «112» (**с последующим выбором конкретной службы**). Можно воспользоваться другими доступными номерами, которые предоставляет конкретный регион (по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, например, «103») или теми номерами, которые предоставляет оператор сотовой связи.
3. При вызове последовательно надо сообщить:
 - адрес места происшествия;
 - кто перед Вами (мужчина, женщина, беременная женщина, ребёнок);
 - примерный возраст;
 - сколько пострадавших;
 - примерная причина происшествия (если известна);
 - что обнаружено при осмотре (без сознания, без дыхания);

- объем оказываемой помощи (начата сердечно-лёгочная реанимация)

4. При наличии очевидцев необходимо попросить адресно кого-то встретить бригаду скорой медицинской помощи и кого-то отправить за автоматическим наружным дефибриллятором, если есть указание, что он есть поблизости.

2.5.3 Техника закрытого (непрямого) массажа сердца

1. Положите пострадавшего горизонтально на спину на твёрдую поверхность (если он ещё не находится в этом положении). Освободите от сдавливающих частей одежды шею, грудную клетку и абдоминальную область пострадавшего (если не было сделано ранее). Ослабьте ремень!

2. Встаньте сбоку от пострадавшего (неважно с какой стороны).

3. Определите центр грудной клетки (середина расстояния между рёберной дугой и ключицей, или два поперечных пальца выше мечевидного отростка).

4. Основание одной ладони поместите на центр грудной клетки пострадавшего (на 2 поперечных пальца выше мечевидного отростка) параллельно груди (рис. 5).

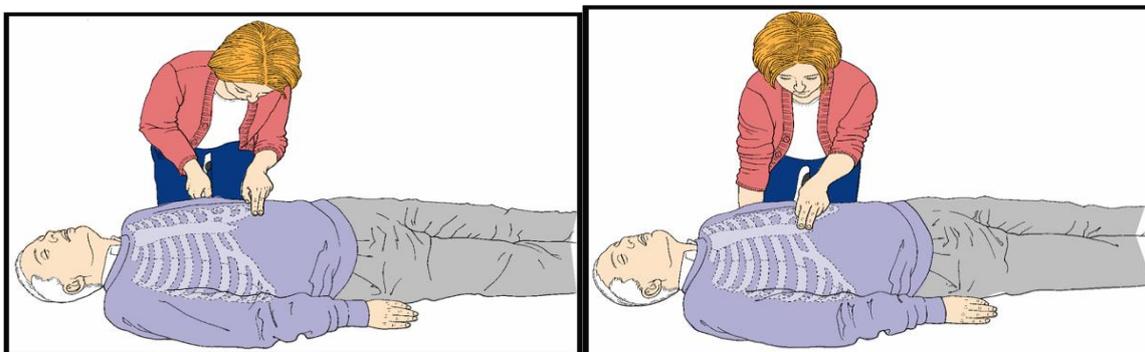


Рисунок 5. Определение местонахождения мечевидного отростка.

5. Ладонь второй руки расположите поверх первой. Пальцы обеих рук должны быть приподняты и не должны касаться грудной клетки (можно сцепить пальцы «в замок»). Руки должны быть прямыми (выпрямленными в локтях) и твёрдыми (рис. 6).

6. Переместите своё туловище вертикально над грудиной («нависнуть над пострадавшим»).

7. Выполните 30 раз компрессию (сдавливание) грудной клетки. Давление осуществляется силой тяжести плечевого пояса, при этом движения должны быть плавными и твёрдыми, а не резкими (опасность переломов рёбер). Амплитуда сжатия грудной клетки – не менее 5 см и не более 6 см. При декомпрессии сохраняйте контакт рук с грудиной. Частота компрессий – не менее 100 в минуту и не более 120 в минуту

Компрессия и декомпрессия должны быть равны друг другу. Декомпрессия должна быть полной, то есть грудная клетка должна полностью расправляться между компрессиями. Это фактор является наиболее значимым для наполнения камер сердца кровью и для коронарного кровообращения.

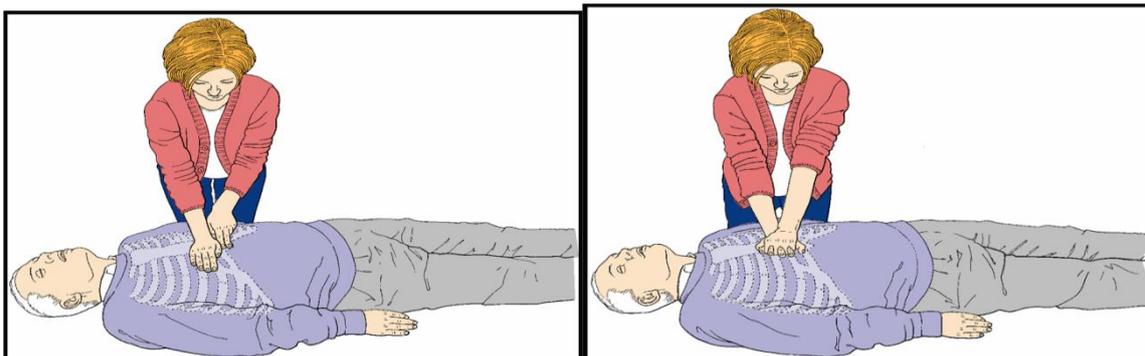


Рисунок 6. Положение рук при проведении закрытого массажа сердца.

Если у Вас нет средств защиты своих дыхательных путей, то продолжайте компрессии непрерывно. Если есть возможность использования средств защиты (полиэтилен с невозвратным клапаном), то переходите на чередование компрессий и вентиляции. В этом случае необходимо соблюдать соотношение 30 компрессий и 2 в(ы)доха. Соотношение компрессий грудной клетки и дыхательных циклов составляет 30:2, независимо от того, один или два человека проводят реанимацию.

2.5.4. Проведение искусственной вентиляции лёгких

1. Из того же положения, в котором проводился закрытый массаж сердца, приступите к выполнению искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ). Для этого ладонь одной руки разместите на лоб человека, находящегося без сознания, указательным и первым пальцем этой же руки зажмите ноздри пострадавшего.
2. Указательный и средний пальцы второй руки расположите на костной части подбородка. Далее содружественным движением обеих рук необходимо аккуратно выполнить приём запрокидывания головы и поднимания подбородка, тем самым обеспечивая проходимость дыхательных путей, как это уже выполнялось при оценке наличия дыхания.
3. Плотно обхватите своими губами губы пострадавшего (с учетом использования средств защиты), и далее произведите спокойный в(ы)дох в его дыхательные пути (способ «изо рта – в рот», *рис. 7*). Если используется способ «изо рта – в нос», то рот прикрывается и в(ы)дох производится в нос пострадавшего, что технически может быть сложнее ввиду узости носовых ходов.

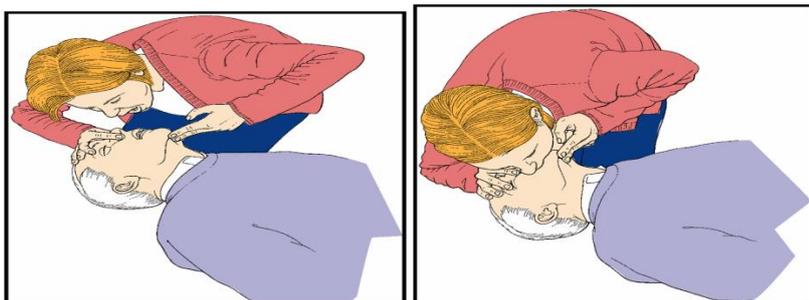


Рисунок 7. Искусственная вентиляция легких методом «рот в рот».

4. Каждый искусственный в(ы)дох нужно производить в течение одной секунды (не форсированно, не резко), одновременно наблюдая за экскурсией грудной клетки с целью достижения оптимального дыхательного объема и предотвращения попадания воздуха в желудок.
5. После выполнения одного в(ы)доха отстранитесь ото рта пострадавшего, чтобы не мешать пассивному выдоху. В этот момент следите за экскурсией грудной клетки пострадавшего, как показано на *рис. 8*.



Рисунок 8. Оценка эффективности искусственной вентиляции лёгких.

Если первый в(ы)дох не привёл к поднятию грудной клетки, то необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, несколько больше запрокинув голову пострадавшего, и выполнить второй в(ы)дох. Если обе попытки неуспешны, то

необходимо перейти к компрессиям грудной клетки. Число попыток в(ы)дохов не увеличивается, и на оба в(ы)доха должно быть затрачено не более 10 секунд (при использовании дыхательного мешка – не более 5 секунд).

Если Вы не один, то для предупреждения усталости меняйтесь местами каждые 2 минуты с минимальной задержкой с началом компрессий во время смены (не более 10 секунд). Руководит сменой тот спасатель, который выполняет массаж сердца (устает быстрее).

Адекватность закрытого массажа сердца оценивайте по появлению пульса на сонных артериях в момент компрессии, порозовению кожных покровов, сужению зрачков («реанимационная жизнь»). Появление самостоятельного кровообращения оценивайте каждые 2 минуты (через 5 циклов СЛР) путем определения пульса на сонной артерии (в течение не более 10 секунд).

Продолжайте сердечно-лёгочную реанимацию до прибытия бригады скорой медицинской помощи до того момента, когда сотрудники бригады готовы Вас сменить!

Если есть указание на наличие поблизости автоматического наружного дефибриллятора, то его необходимо доставить как можно быстрее, включить и далее следовать голосовым командам при обязательном соблюдении техники безопасности.

2.5.5. Использование автоматического наружного дефибриллятора

1. При появлении автоматического наружного дефибриллятора (рис. 9), необходимо максимально быстро его включить. При этом непрямой массаж сердца продолжается.

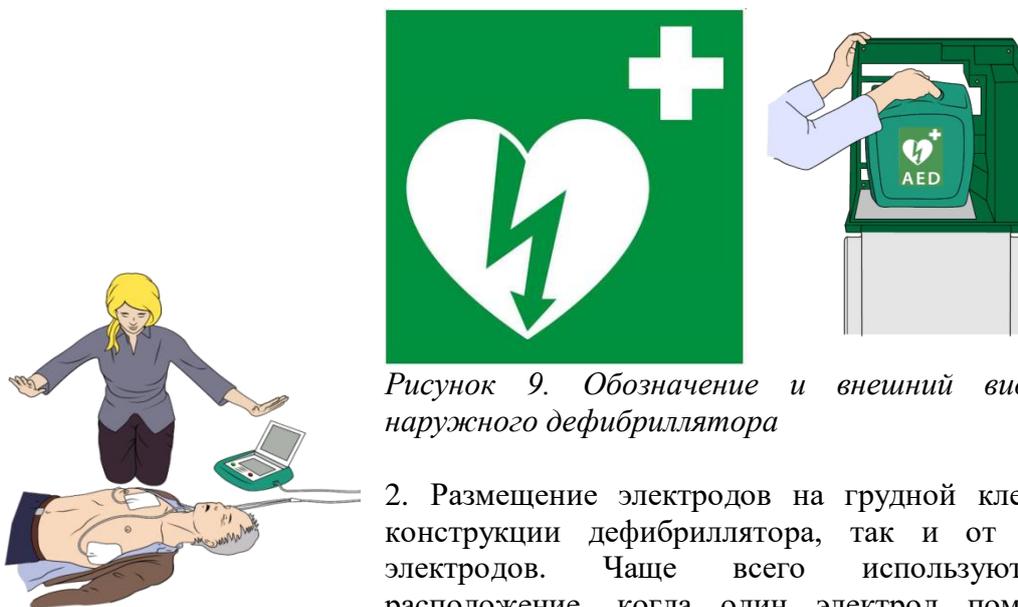


Рисунок 9. Обозначение и внешний вид автоматического наружного дефибриллятора

2. Размещение электродов на грудной клетке зависит как от конструкции дефибриллятора, так и от типа используемых электродов. Чаще всего используют передне-боковое расположение, когда один электрод помещают справа под ключицей, другой – по левой средне-подмышечной линии на боковой поверхности грудной клетки, максимально далеко от первого. Следует избегать расположения электродов на молочной железе, области соска, на повреждённых участках кожных покровов, на местах избыточного оволосения (при невозможности быстрого сбривания). Во избежание ожога кожи и потери заряда электроды АНД уже содержат специальный токопроводящий гель, который необходимо сохранить неповреждённым при отклеивании от пластмассовой подложки.

3. Один из спасателей продолжает компрессии грудной клетки, второй наклеивает электроды. Если спасатель один, или нет людей, готовых помочь, то он прекращает компрессии грудной клетки и начинает наклеивать электроды.

4. Как только контакт электродов с телом пострадавшего обеспечен, необходимо дать команду: «Не прикасаться к пациенту» на период оценки ритма (рис. 10).

Рисунок 10. Период оценки ритма при использовании АНД

5. Если показана дефибриляция (АНД даёт команду на набор заряда), то спасатель даёт команду ««Не прикасаться к пациенту, идёт набор заряда!» на период оценки ритма (рис. 11), и после достижения необходимого уровня заряда (звуковая и голосовая команда АНД) обеспечивает безопасность свою и окружающих (рис. 11).

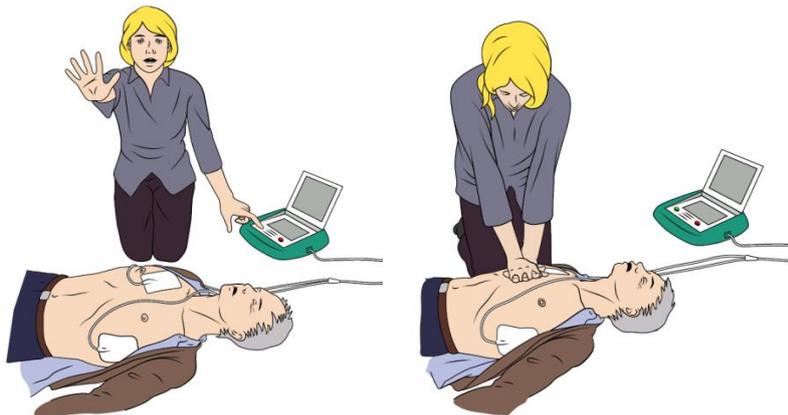


Рисунок 11. Безопасная работа с автоматическим наружным дефибриллятором.

6. Сразу после нанесения разряда спасатель продолжает компрессии грудной клетки, без предварительной оценки эффективности разряда, без оценки ритма, и должен продолжать его в течение 2 минут до следующей оценки (рис. 11).

Весь алгоритм действий представлен на рис. 12.

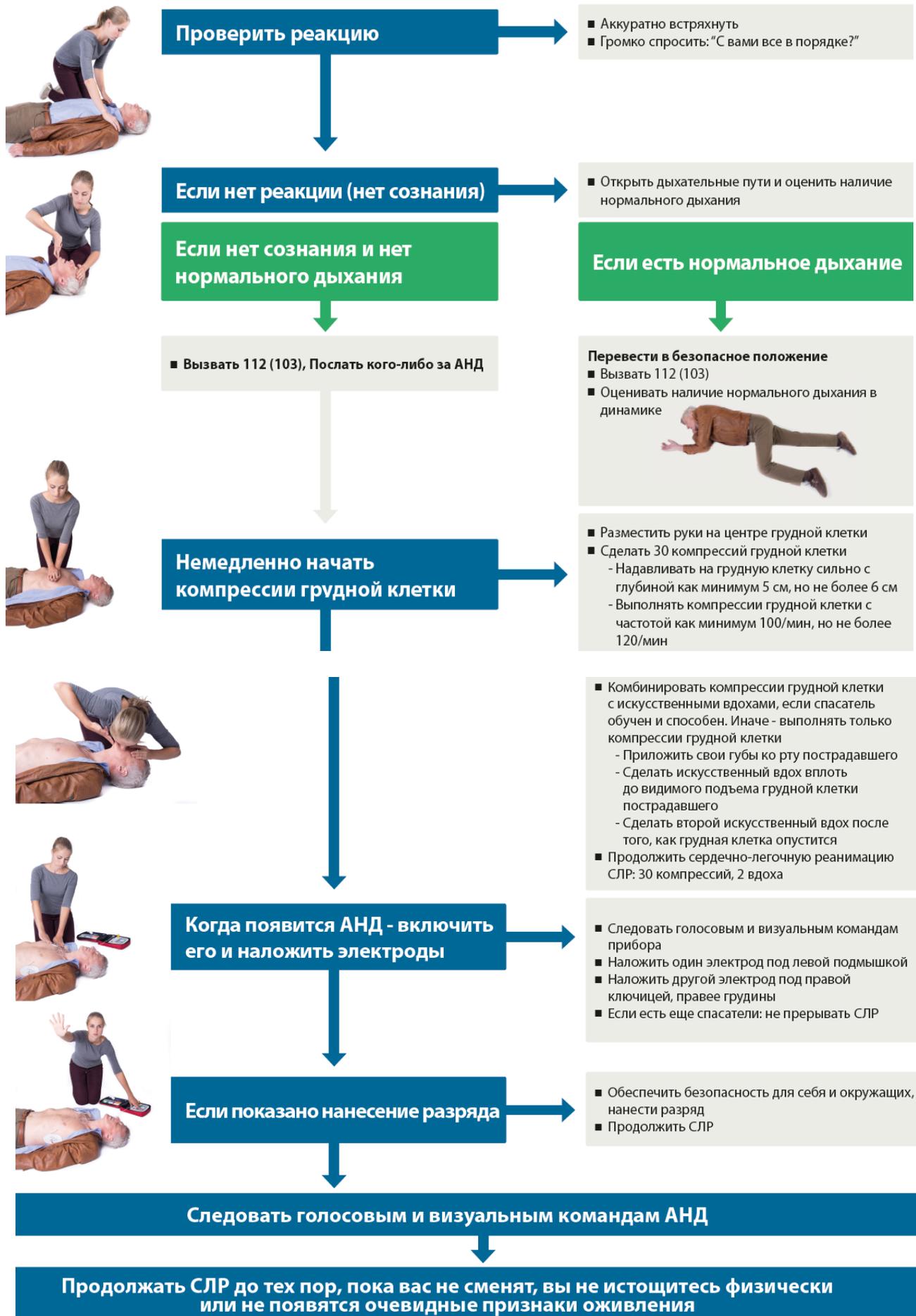


Рисунок 12. Алгоритм проведения базового реанимационного комплекса с автоматическим наружным дефибриллятором (рекомендации 2015 года Европейского Совета по реанимации и Национального Совета по реанимации)

2.6 ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

- Используется презентация PowerPoint, объяснение с использованием флип-чарта или интерактивной доски.
- Практическое занятие предусматривает отработку СИМа на современных манекенах.
- Кейс-метод предусматривает разные ситуации (вводные) перед отработкой практического задания.

3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИМа

3.1 ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рекомендации Европейского Совета по реанимации 2015 года.
2. Рекомендации Национального Совета по реанимации 2015 года.

3.2 ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ:

- <http://cprguidelines.eu>
- www.rusnrc.com

3.3 ПЕРЕЧЕНЬ МАТЕРИАЛОВ:

1. Постеры (открытый доступ)
2. Мультимедийные материалы на электронных носителях (открытый доступ):
 - Презентация Европейского Совета по реанимации и Национального Совета по реанимации (на русском и на английском языках)

3.4 ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ

- манекен взрослого человека (обратная связь, контроль качества выполнения) для проведения СЛР и ИВЛ
- лицевые экраны
- автоматический наружный дефибриллятор с учебным блоком
- проектор;
- ноутбук

4. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

4.1 Чек-лист

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Критерий	
	Зафиксировать время начала	
Убедится в отсутствии опасности для себя и пострадавшего.	Осмотреться	
Встряхнуть пострадавшего за плечи.	Выполнить	
Обратится к нему: «Вам нужна помощь?»	Выполнить	
Призвать на помощь: «Помогите человеку плохо!»	Выполнить	
Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего.	Выполнить	
Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки.	Выполнить	
Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути.	Выполнить	
Определить признаки жизни	Выполнить	
<ul style="list-style-type: none"> • Приблизить ухо к губам пострадавшего. 	Выполнить	

• Глазами наблюдать экскурсию грудной клетки пострадавшего.	Выполнить	
• Считать вслух до 10	Выполнить	
Вызвать Скорую помощь по алгоритму:	Выполнить	
• Координаты места происшествия	Сказать	
• Кол-во пострадавших	Сказать	
• Пол	Сказать	
• Примерный возраст	Сказать	
• Состояние пострадавшего	Сказать	
• Предположительная причина состояния	Сказать	
• Объем Вашей помощи	Сказать	
Встать на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему.	Выполнить	
Освободить грудную клетку пострадавшего от одежды.	Выполнить	
Основание ладони одной руки положить на середину грудины пострадавшего.	Выполнить	
Вторую ладонь положить на первую соединив пальцы обеих рук в замок.	Выполнить	
Зафиксировать время начала ЗМС		
Выполнить 30 компрессий груди, соблюдая правила:	Оценить выполнение на каждом цикле	
• Руки спасателя вертикальны		
• Не сгибаются в локтях		
• Пальцы верхней кисти оттягивают вверх пальцы нижней		
• Компрессии отсчитываются вслух		
Ладонь одной руки положить на лоб пострадавшего.	Оценить выполнение на каждом цикле	
1-ым и 2-ым пальцами этой руки зажать нос пострадавшему.		
Подхватить нижнюю челюсть пострадавшего двумя пальцами другой руки.		
Запрокинуть голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, набрать воздух в лёгкие		
Обхватить губы пострадавшего своими губами.		
Произвести выдох в пострадавшего		
Освободить губы пострадавшего на 1-2 сек.		
Повторить выдох в пострадавшего		
Показатели тренажёра при времени выполнения	Соотношение ЗМС/ИВЛ (30:2)	
• Адекватный объём ИВЛ		
• Адекватная скорость ИВЛ	(%)	
• Адекватная глубина ЗМС	(%)	
• Адекватная частота ЗМС	(%)	
• Адекватное положение рук при ЗМС	(%)	
• Полное высвобождение	(%)	
Соблюдать перечисленную последовательность		
Не регламентированные действия (пульс, зрачки, таблетки и т.п.)	отсутствие	
ФИО Эксперта (подпись)		

Зачётная ведомость по практическим навыкам «Базовая сердечно-лёгочная реанимация». 20__/20__ уч.год. Группа_____Дата_____

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Оценка безопасности	Вызов помощи	Положение, постановка рук	Адекватная компрессия / декомпрессия	Адекватная частота	Соотношение, паузы	ИВЛ «ото рта-ко-рту» (средство защиты, объем, скорость)	Использование дефибрилятора (безопасность, правильность)	Итоговый балл
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										

Подпись преподавателя

Замечания

преподавателя: _____

Информация для лаборанта/вспомогательного персонала

1. Подготовить помещение с манекенами.
2. Подготовить оборудование согласно сценарию «Остановка кровообращения».
3. Подготовить компьютер (ноутбук) и прочее оборудование при использовании функции контроля качества сердечно-лёгочной реанимации.
4. После занятия провести гигиеническую обработку манекенов и уборку помещения.

После прохождения СИМа данные оценочного листа заносятся в единую базу данных. В оценочном листе ставится отметка о занесении информации.

6. СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Яшин Сергей Михайлович	Д.м.н.	Зав.кафедрой	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
2.	Давыденко Владимир Валентинович	Д.м.н.	профессор	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
3.	Гавриленков Владимир Иванович	Д.м.н.	профессор	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
4.	Эргашев Олег Николаевич	Д.м.н.	профессор	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
5.	Галилеева Алла Николаевна	К.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
6.	Грицаенко Дмитрий Петрович	К.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
7.	Лапшин Александр Степанович	К.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
8.	Князьков Роман Владимирович	К.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
9.	Шатравка Алексей Владимирович	К.м.н.	доцент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
10.	Андожская Юлия Сергеевна	Д.м.н.	ассистент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
11.	Виноградов Юрий Михайлович	К.м.н.	ассистент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова
12.	Харлашкина Алла Владимировна	К.м.н.	ассистент	ПСПбГМУ им. И.П.Павлова