ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет

им. Х.М. Бербекова»

Центр дополнительного профессионального образования, профессиональной переподготовки

и повышения квалификации медицинского факультета

(ЦДПО ПП и ПК КБГУ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО |  | УТВЕРЖДАЮ |
| Заместитель министра здравоохранения КБР | Проректор КБГУ |
| к.м.н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.О.Асанов | проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.М.Кумыков |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. |  | «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. |

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

по виду дополнительного профессионального образования –

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ

Специальность «АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ»

Срок обучения: 144 часа

**2018**

Состав рабочей группы по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «***Анестезиология и реаниматология***»

1. Мизиев Исмаил Алимович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой факультетской и эндоскопической хирургии, директор ЦДПО ПП и ПК ФГБОУ КБГУ;
2. Ахкубеков Рустам Анатольевич, врач-анестезиолог-реаниматолог, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой непрерывного медицинского образования ЦДПО ПП и ПК ФГБОУ КБГУ;
3. Шогенова Фатима Мухамедовна, кандидат медицинских наук, преподаватель высшей квалификационной категории вуза Федерального подчинения, преподаватель ЦДПО ПП и ПК КБГУ;
4. Гяургиева Оксана Хатиковна, доктор медицинских наук, профессор, преподаватель ЦДПО ПП и ПК КБГУ.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «***Анестезиология и реаниматология***» обсуждена и одобрена на заседании Центра дополнительного профессионального образования, профессиональной переподготовки и повышения квалификации ФГБОУ «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова»

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г. Протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_.

Директор ЦДПО ПП и ПК ФГБОУ «КБГУ им. Х.М. Бербекова»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.м.н., профессор Мизиев И.А.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «***Анестезиология и реаниматология***» обсуждена и одобрена на заседании учебно-методического совета медицинского факультета (УМС МФ) КБГУ

 «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г. Протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_.

Председатель УМС МФ КБГУ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.м.н., профессор Мизиев И.А.

 ©Мизиев И.А., ©ФГБОУ ВО КБГУ, 2018

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Данная программа позволяет совершенствовать имеющиеся и получать новые компетенции для профессиональной деятельности и повышать профессиональный уровень в рамках имеющейся квалификации, что соответствует положениям ст.76 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (ФЗ 273 от 29.12.2012 г.): ч.1 «Дополнительное профессиональное образование направлено на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, профессиональное развитие человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды»; ч.2: «Дополнительное профессиональное образование осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки)»: ч.4: «Программа повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации».

Трудоемкость освоения – 144 академических часа.

Основными компонентами программы являются:

- цель программы;

- планируемые результаты обучения (планируемые результаты обучения соответствуют профессиональным стандартам, квалификационным характеристикам по соответствующим должностям, профессиям и специальностям);

- учебный план;

- учебно-тематический план;

- рабочие программы учебных модулей: «Основы социальной гигиены и организация службы социальной гигиены и организация службы анестезиологии и реаниматологии», «Специальные дисциплины», «Региональный компонент социально-значимых болезней», «Медицина катастроф», «Занятия в симуляционном центре»;

- организационные условия реализации программы включают учебно-методическую документацию, учебно-методическую литературу, материально-техническую базу, оснащение учебных аудиторий, клинические базы, кадровое обеспечение реализации программы, Положение Центра ДПО ПП и ПК КБГУ;

- образцы оценочных материалов для проведения итоговой аттестации (вопросы к экзамену, примеры тестовых заданий и клинических задач).

В учебном плане указывается перечень изучаемых тем, трудоемкость, формы организации учебного процесса, виды контроля знаний и умений.

Обучение слушателей завершает итоговая аттестация по программе повышения квалификации врачей-анестезиологов-реаниматологов посредством проведения экзамена для выявления теоретической и практической подготовки слушателей.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОЙ КВАЛИФИКАЦИИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ВИДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ТРУДОВЫХ ФУНКЦИЙ И (ИЛИ) УРОВНЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Приказ Министерства здравоохранения, социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г.№541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

***2.1. Должностные обязанности.***  Оценивает состояние больного перед операцией, назначает необходимые лечебно-диагностические мероприятия, связанные с подготовкой больного к наркозу, определяет тактику ведения больного в соответствии с порядком и стандартом медицинской помощи, назначает премедикацию. Организует рабочее место в операционной с учетом мер технической и пожарной безопасности; подготавливает к работе и эксплуатации наркозо-дыхательную и аппаратуру мониторного наблюдения, а также необходимые инструменты, расходные материалы и медикаменты. Осуществляет анестезиологическое обеспечение операций, диагностических и лечебных процедур, требующих обезболивания или проведения мониторинга системы дыхания и кровообращения в период их выполнения, применяя современные и разрешенные в Российской Федерации методы анестезии. Проводит общую внутривенную, ингаляционную, регионарную, многокомпонентную и комбинированную анестезию при полостных и внеполостных операциях в хирургии, урологии, акушерстве и гинекологии, травматологии и ортопедии и др. у взрослых и детей. Применяет миорелаксанты. Осуществляет принудительную вентиляцию легких маской наркозного аппарата. Выполняет интубацию трахеи. Поддерживает анестезию. Осуществляет непрерывный контроль состояния больного во время анестезии, назначает обоснованную корригирующую терапию, инфузионно-трансфузионную терапию во время анестезии с учетом особенностей детского и старческого возраста, сопутствующих заболеваний, функционального состояния сердечно-сосудистой системы, тяжести состояния пациента. Осуществляет наблюдение за больным и проводит необходимое лечение в периоде выхода больного из анестезии, а также в ближайшем послеоперационном периоде до полного восстановления жизненно важных функций, осуществляет наблюдение за больным. Проводит различные методы местного и регионального обезболивания, профилактику и лечение осложнений местной и проводниковой анестезии; владеет современными методами проведения комплексной сердечно-легочной и церебральной реанимации. Определяет показания и производит катетеризацию периферических и центральных вен. Осуществляет контроль проводимой инфузионной терапии. Проводит неотложные мероприятия при различных заболеваниях, острых и критических состояниях различного генеза у взрослых и детей. Проводит коррекцию водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния, нарушения свертывающей системы крови. Проводит неотложные мероприятия при различных формах шока, ожоговой травме, тяжелой черепно-мозговой травме, политравме, травме груди, осложненных формах инфаркта миокарда, нарушениях сердечного ритма (с использованием электростимуляционной терапии и электроимпульсной терапии), гипертоническом кризе, комах неясной этиологии, отравлениях (медикаментами, препаратами бытовой химии, угарным газом, ФОС, этанолом и др.), столбняке, холере, ботулизме, радиационных поражениях, нарушениях функций жизненно важных систем организма; тяжелой акушерской патологии; экламптических состояниях, нефропатии, шоковых состояниях, акушерских кровотечениях, экзогенных отравлениях; владеет методами экстракорпоральной детоксикации; владеет принципами лечения неотложных состояний при инфекционных заболеваниях у взрослых и детей; феохромоцитомном кризе, недостаточности надпочечников; тиреотоксических кризах.

**Должен знать:** [Конституцию](http://ivo.garant.ru/#/document/10103000/entry/0) Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативные правовые акты, регулирующие вопросы оборота сильнодействующих, психотропных и наркотических средств; общие принципы организации службы анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии; нормативные правовые акты, регулирующие деятельность службы анестезиологии и реаниматологии; оснащение отделений; методы предоперационного обследования и подготовки пациентов к операции и наркозу; современные методы общей, местной и регионарной анестезии в различных областях хирургии, в том числе у больных с сопутствующими заболеваниями; принципы оказания неотложной помощи и особенности проведения анестезии пациентов в условиях массового поступления пострадавших; современные методы интенсивной терапии и реанимации при различных заболеваниях и критических состояниях; основы [трудового законодательства](http://ivo.garant.ru/#/document/12125268/entry/5); правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

**Требования к квалификации.** Высшее профессиональное образование по одной из специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия» и послевузовское профессиональное образование (интернатура и (или) ординатура) по специальности «Анестезиология-реаниматология» или профессиональная переподготовка по специальности «Анестезиология-реаниматология» при наличии послевузовского профессионального образования по одной из специальностей: «Неонатология» или «Нефрология», без предъявления требований к стажу работы.

***Дополнительное профессиональное образование***: повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.

***Должности***: Врач-анестезиолог-реаниматолог; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач-анестезиолог-реаниматолог; врач приемного отделения (в специализированной медицинской организации или при наличии в медицинской организации соответствующего специализированного структурного подразделения).

***2.4. Характеристика универсальных и профессиональных компетенций, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «*Анестезиология-реаниматология*»***

В результате освоения программы у слушателей должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

***универсальные компетенции:***

-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)

***профессиональные компетенции:***

*профилактическая деятельность:*

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения скелетных и черепно-мозговых травм, заболеваний органов грудной клетки, брюшной полости, 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 пациентами с травмами и их последствиями и хирургической патологией (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 травматизме и хирургической заболеваемости (ПК-4);

 *диагностическая деятельность:*

- готовность к диагностике травм и хирургических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

*лечебная деятельность:*

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в проведении интенсивной терапии и оказанию анестезиологического пособия (ПК-7);

- готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

*реабилитационная деятельность:*

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, не медикаментозной терапии и других методов у пациентов перенесших травмы и заболевания, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

*психолого-педагогическая деятельность:*

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике травм и заболеваний (ПК-10);

*организационно-управленческая деятельность:*

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

- готовность к проведению оценки качества оказания анестезиологической и реанимационной помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

***2.5. Перечень знаний, умений и навыков врача-анестезиолога-реаниматолога после завершения обучения***

*По окончании обучения врач анестезиолог-реаниматолог будет обладать знаниями:*

- основополагающие характеристики врача-анестезиолога-реаниматолога, принятые профессиональными организациями;

- обязательные компетенции врача-анестезиолога-реаниматолога;

- новейшие формы организации службы анестезиологии и реаниматологии в современном мире;

- модели организации учреждений первичной медико-санитарной помощи;

- основные принципы обязательного медицинского страхования, права и обязанности застрахованных граждан;

- определение и основные принципы доказательной медицины;

- принципы критической оценки качества научных исследований по диагностике, лечению и прогнозу заболеваний;

- принципы разработки клинических рекомендаций.

*По окончании обучения врач-анестезиолог-реаниматолог будет обладать умениями:*

- интерпретировать результаты современных лабораторных тестов и делать по ним заключения;

- проводить диагностику и дифференциальную диагностику с учетом всего комплекса клинических, лабораторных, инструментальных данных;

- определять степень поражения органов-мишеней и воздействовать на скорость и интенсивность прогрессирования их поражения;

- оценивать отдаленные риски развития осложнений в зависимости от возраста и половых различий;

- формулировать диагноз с учетом МКБ-10 и национальных рекомендаций;

- использовать в лечении средства с доказанным политропным или класс специфическим действием, используя данные доказательной медицины;

- применять знания по фармакокинетике и взаимодействию этих средств с лекарственными препаратами других групп;

- оказывать неотложную помощь в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях.

*По окончании обучения врач-анестезиолог-реаниматолог будет владеть навыками:*

*профилактическая деятельность:*

- предупреждение возникновения заболеваний и травм среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях травматизма и хирургической заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;

*диагностическая деятельность:*

- диагностика травм, заболеваний и патологических состояний пациентов;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

*лечебная деятельность:*

- оказание реанимационной и анестезиологической помощи пациентам;

- участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

*реабилитационная деятельность:*

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов после перенесенных травм и заболеваний;

*психолого-педагогическая деятельность:*

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

*организационно-управленческая деятельность:*

- применение основных принципов организации оказания неотложной помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

- создание в отделениях анестезиологического профиля благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

- ведение учетно-отчетной документации в медицинских организациях и ее структурных подразделениях;

- организация проведения медицинской экспертизы;

- участие в организации оценки качества оказания анестезиологической и реанимационной помощи пациентам;

- соблюдение основных требований информационной безопасности.

3. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация проводится в форме сертификационного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача*-*анестезиолога-реаниматологав соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов. Слушатели допускаются к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Анестезиология и реаниматология» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации и сертификат специалиста.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

**курсов усовершенствования и сертификации врачей по специальности**

 **«АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ»**

 **Цель:** усовершенствование и подготовка к сертификационному экзамену врачей-специалистов по специальности«Анестезиология и реаниматология» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи-анестезиологи-реаниматологи стационаров и поликлиник всех форм собственности

**Срок обучения**: 144 часа, 1 месяц

 **Форма обучения:** очная

 **Режим занятий**: 6 часов в день

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование разделов, дисциплин и тем** | **Всего часов** | **В том числе** |
| **лекции** | **практ.** | **сам.****работа** |
| Модуль 1 | Вопросы организации здравоохра-нения и оказания помощи по анестезиологии и реаниматологии в РФ | 24 | 8 | 16 | - |
| Модуль 2 | Общая анестезиология | 16 | 2 | 14 | - |
| Модуль 3 | Общая реаниматология | 82 | 36 | 46 | - |
| Модуль 4 | Частная анестезиология и интенсивная терапия | 12 | 2 | 10 | - |
| Модуль 5 | Симуляционно-тренинговое обучение  | 10 | - | 10 | - |
|  | Итоговая аттестация |  |  |  |  |
|  | **Итого:** | **144** | **48** | **96** | **-** |

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

**курсов усовершенствования и сертификации врачей по специальности**

 **«АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ»**

 **Цель:** усовершенствование и подготовка к сертификационному экзамену врачей-специалистов по специальности«Анестезиология и реаниматология» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи-анестезиологи-реаниматологи стационаров и поликлиник всех форм собственности

**Срок обучения**: 144 часа, 1 месяц

 **Форма обучения:** очная

 **Режим занятий**: 6 часов в день

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование разделов, дисциплин и тем** | **Всего часов** | **В том числе** |
| **лекции** | **практ.** | **сам.****работа** |
| Модуль **1** | **Вопросы организации здравоохранения и оказания помощи по анестезиологии-реаниматологии в РФ** | **24** | **8** | **16** | **-** |
| 1.1 | Организация помощи по анестезиологии-реаниматологии в РФ. Организация работы структурных подразделений анестезиологии-реаниматологии в лечебно-профилактических учреждениях | 4 | 2 | 2 | - |
| 1.2. | Медицинское страхование в анестезиологии-реаниматологии | 2 | - | 2 | - |
| 1.3. | Медицинская деонтология и врачебная этика в анестезиологии-реаниматологии | 2 | - | 2 | - |
| 1.4. | Санитарно-противоэпидемические нормы в анестезиологии-реаниматологии. Безопасность врача-анестезиолога-реаниматолога на рабочем месте. Индивидуальные средства защиты врача- анестезиолога-реаниматолога | 4 | 2 | 2 | - |
| 1.5. | Профилактика ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. Правила работы с ВИЧ-инфицированными пациентами | 8 | 2 | 6 | - |
| 1.6. | Профилактика социально-значимых заболеваний. Туберкулез | 4 | 2 | 2 | - |
|  |  |  |  |  |  |
| Модуль 2 | Общие вопросы анестезиологии-реаниматологии | **16** | **2** | **14** | - |
| 2.1. | Механизм действия анестетиков и современный мониторинг в анестезиологии | 4 | - | 4 | - |
| 2.2. | Регионарные методы анестезии | 6 | - | 6 | - |
| 2.3. | Тотальная внутривенная анестезия | 6 | 2 | 4 | - |
| Модуль 3 | Общая реаниматология  | 82 | 36 | 46 | **-** |
| 3.1. | Сердечно-легочная реанимация | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.2. | Седация у критических больных | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.3. | Интенсивная терапия сепсиса | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.4. | Респираторный дистресс-синдром | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.5. | Современные стратегии в трансфузиологии | 8 | 4 | 4 | - |
| 3.6. | Современные методы активной детоксикации | 8 | 4 | 4 | - |
| 3.7. | ДВС-синдром | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.8. | Детоксикация при отравлениях | 8 | 4 | 4 | - |
| 3.9. | Неотложная медицинская помощь больным при острых нарушениях дыхания | 8 | 4 | 4 | - |
| Модуль 4 | Частная анестезиология и интенсивная терапия | 12 | 2 | 10 | **-** |
| 4.1. | Анестезия и интенсивная терапия в экстренной хирургии | 4 | 2 | 2 | - |
| 4.2. | Анестезия и интенсивная терапия в ортопедии и травматологии  | 4 | - | 4 | - |
| 4.3. | Интенсивная терапия у больных с острым повреждением головного мозга | 4 | - | 4 | - |
| Модуль 5 | Симуляцинно-тренинговое обучение  | 10 | **-** | **10** | - |
| 5.1. | Отработка практических навыков по сердечно-легочной реанимации | 4 | - | 4 | - |
| 5.2. | Отработка практических навыков катетеризации центральных сосудов | 6 | - | 6 | - |
|  | Итоговая аттестация |  |  |  |  |
|  | **Итого:** | **144** | **48** | **96** | **-** |

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН**

**курсов усовершенствования и сертификации врачей по специальности**

 **«АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ»**

 **Цель:** усовершенствование и подготовка к сертификационному экзамену врачей-специалистов по специальности«Анестезиология и реаниматология» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи-анестезиологи-реаниматологи стационаров и поликлиник всех форм собственности

**Срок обучения**: 144 часа, 1 месяц

 **Форма обучения: *очно-заочная***

 **Режим занятий**: 6 часов в день

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование разделов, дисциплин и тем** | **Всего часов** | **В том числе** |
| **лекции** | **практ.** | **сам.****работа** |
| Модуль 1 | Вопросы организации здравоохранения и оказания помощи по анестезиологии-реаниматологии в РФ | 24 | 2 | 4 | 18 |
| Модуль 2 | Общая анестезиология | 16 | - | 4 | 12 |
| Модуль 3 | Общая реаниматология | 82 | 10 | 8 | 64 |
| Модуль 4 | Частная анестезиология и интенсивная терапия | 12 | - | 2 | 10 |
| Модуль 5 | Симуляционно-тренинговое обучение  | 10 | - | 6 | 14 |
|  | Итоговая аттестация | экзамен |
|  | **Итого:** | **144** | **12** | **24** | **108** |

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН**

**курсов усовершенствования и сертификации врачей по специальности**

 **«АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ-РЕАНИМАТОЛОГИЯ»**

 **Цель:** усовершенствование и подготовка к сертификационному экзамену врачей-специалистов по специальности«Анестезиология и реаниматология» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи-анестезиологи-реаниматологи стационаров и поликлиник всех форм собственности

**Срок обучения**: 144 часа, 1 месяц

 **Форма обучения: *очно-заочная***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Наименование разделов, дисциплин и тем** | **Всего часов** | **В том числе** |
| **лекции** | **пракзан.** | **сам.****работа** |
| Модуль **1** | **Вопросы организации здравоохранения и оказания помощи по анестезиологии-реаниматологии в РФ** | **24** | **2** | **4** | **18** |
| 1.1 | Организация помощи по анестезиологии-реаниматологии в РФ. Организация работы структурных подразделений анестезиологии-реаниматологии в лечебно-профилактических учреждениях | 4 | - | - | 4 |
| 1.2. | Медицинское страхование в анестезиологии-реаниматологии | 2 | - | - | 2 |
| 1.3. | Медицинская деонтология и врачебная этика в анестезиологии-реаниматологии | 2 | - | - | 2 |
| 1.4. | Санитарно-противоэпидемические нормы в анестезиологии-реаниматологии. Безопасность врача-анестезиолога-реаниматолога на рабочем месте. Индивидуальные средства защиты врача- анестезиолога-реаниматолога | 4 | - | 2 | 2 |
| 1.5. | Профилактика ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. Правила работы с ВИЧ-инфицированными пациентами | 8 | 2 | - | 6 |
| 1.6. | Профилактика социально-значимых заболеваний. Туберкулез | 4 | - | 2 | 2 |
|  |  |  |  |  |  |
| Модуль 2 | Общие вопросы анестезиологии-реаниматологии | **16** | **-** | **4** | **12** |
| 2.1. | Механизм действия анестетиков и современный мониторинг в анестезиологии | 4 | - | 2 | 2 |
| 2.2. | Регионарные методы анестезии | 6 | - | 2 | 4 |
| 2.3. | Тотальная внутривенная анестезия | 6 | - | - | 6 |
| Модуль 3 | Общая реаниматология  | 82 | 10 | 8 | **64** |
| 3.1. | Сердечно-легочная реанимация | 10 | - | 2 | 8 |
| 3.2. | Седация у критических больных | 10 | 2 | - | 8 |
| 3.3. | Интенсивная терапия сепсиса | 10 | 2 | - | 8 |
| 3.4. | Респираторный дистресс-синдром | 10 | 2 | - | 8 |
| 3.5. | Современные стратегии в трансфузиологии | 8 | 2 | - | 6 |
| 3.6. | Современные методы активной детоксикации | 8 | - | 2 | 6 |
| 3.7. | ДВС-синдром | 10 | 2 | - | 8 |
| 3.8. | Детоксикация при отравлениях | 8 | - | 2 | 6 |
| 3.9. | Неотложная медицинская помощь больным при острых нарушениях дыхания | 8 | - | 2 | 6 |
| Модуль 4 | Частная анестезиология и интенсивная терапия | 12 | - | 2 | **10** |
| 4.1. | Анестезия и интенсивная терапия в экстренной хирургии | 4 | - | - | 4 |
| 4.2. | Анестезия и интенсивная терапия в ортопедии и травматологии  | 4 | - | 2 | 2 |
| 4.3. | Интенсивная терапия у больных с острым повреждением головного мозга | 4 | - | - | 4 |
| Модуль 5 | Симуляцинно-тренинговое обучение  | 10 | **-** | **6** | **4** |
| 5.1. | Отработка практических навыков по сердечно-легочной реанимации | 4 | - | 2 | 2 |
| 5.2. | Отработка практических навыков катетеризации центральных сосудов | 6 | - | 4 | 2 |
|  | Итоговая аттестация | экзамен |
|  | **Итого:** | **144** | **12** | **24** | **108** |

***УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ***

**Нормативные правовые акты:**

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541 и 1«Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».
9. Приказ Минздрава России №1183н от 24.12.2010г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля". Зарегистрирован Минюстом России 11.02.2011г.
10. Приказ Минздрава России №543н от 15.05.2012г. об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

**Основная литература:**

1. Анестезиология /ред. Р. Шефер; пер. с нем. ред. О. А. Долина - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 864 с.
2. Атлас регионарной анестезии /Д. Л. Браун; пер. с англ. ред. В. К.
3. Браун Д. Л. Атлас регионарной анестезии /Д. Л. Браун; пер. с англ. ред. В. К. Гостищев - М.: Рид Элсивер, 2009. - 464 с.: ил.
4. Интенсивная терапия: национальное руководство с компакт-диском /ред. Б. Р. Гельфанд - М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - Т.1.-960 с. Т.2.-784 с. - (Сер. "Национальные руководства").
5. Морган Дж. Э.-мл. Клиническая анестезиология: руководство для врачей и студентов мед. вузов. Кн. 3 /Дж. Э. Морган-мл., М. С. Михаил; пер. с англ. ред. А. А. Бунятян - М.: Изд-во БИНОМ, 2009. - 296 с.: ил.

**Базы данных, информационно-справочные системы**

1. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия. Под ред. П.К. Яблонского. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432129.html
2. Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/index.php7mod>1 =standarts3&mod2=db1
3. Протоколы ведения больных: [http://www.rspor.ru/index.php7modl=protocols3&mod2=dbl](http://www.rspor.ru/index.php7modl%3Dprotocols3%26mod2%3Ddbl)
4. Государственный реестр лекарственных средств: <http://grls.rosminzdrav.ru/>
5. ФГУ Научный центр экспертизы средств медицинского применения Росздравнадзора. Обращение лекарственных средств: <http://www.regmed.ru>
6. Фонд фармацевтической информации: <http://www.drugreg.ru>
7. Российская энциклопедия лекарств (РЛС): <http://www.rlsnet.ru>
8. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: <http://www.vidal.ru>
9. Сайт Главного внештатного специалиста - клинического фармаколога Министерства здравоохранения и социального развития РФ - <http://www.clinpharmrussia.ru>
10. Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины. <http://www.osdm.org/index.php>
11. Московский центр доказательной медицины, <http://evbmed.fbm.msu.ru/>
12. Сайт «Формулярная система России». <http://www.formuIar.ru>
13. Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ). <http://antibiotic.ru/iacmac/>
14. Сайт программы для клинических фармакологов: <http://pharmsuite.ru/>
15. Европейское общество клинических фармакологов и фармакотерапевтов. <http://www.eacpt.org>
16. Американское общество клинических фармакологов и фармакотерапевтов. <http://www.ascpt.org/>
17. Администрация по продуктам и лекарствам США (FDA). <http://www.fda.gov>
18. Ресурс по фармакогенетике, <http://www.phartngkb.org/>
19. Сайт СЗ ГМУ им И.И. Мечникова М3 РФ - <http://www.szgmu.ru/>
20. Сайт Российского кардиологического научно-производственного комплекса - URL: <http://cardioweb.ru/>
21. Сайт Российского респираторного общества - URL: <http://www.pulmonology.ru/>
22. Сайт Научно-клинического центра геронтологии - URL: <http://www.niigeront.org>
23. Сайт Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины - URL: <http://www.gnicpm.ru/>

**МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

1. Кабинеты. Аудитории №№101, 401, 416, 417 Центра ДПО ПП и ПК медицинского факультета КБГУ, аудитории клинических баз КБГУ.
2. Кабинеты функциональных и инструментальных методов исследования клинических баз КБГУ.
3. Лаборатории в лечебно-профилактических учреждениях – базах медицинского факультета КБГУ.
4. Мебель. 65 столов, 150 стульев, 3 интерактивные доски, экраны.
5. Оснащение симуляционного цента: тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи, спирографы, электрокардиографы.
6. Технические средства обучения: персональные компьютеры с выходом в интернет – 30,мультимедийное оборудование.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА**

Контроль успеваемости осуществляют путем оценки освоения модулей. Промежуточная аттестация проводится в форме зачета. Итоговая аттестация – в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача торакального хирурга по программе «Анестезиология и реаниматология» в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

***Примерная тематика рефератов:***

1. Особенности организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в Российской Федерации.
2. Определение научно-доказательной медицины (НДМ) и предпосылки к развитию НДМ. Этапы внедрения НДМ в практическую деятельность врача. Классификация уровней доказательности, используемая в научной литературе и клинических рекомендациях.
3. Понятие переживания болезни личностью.
4. Особенности возрастной психологии.

**Примерная тематика контрольных вопросов для итоговой аттестации** **по анестезиологии и реаниматологии**

1. Легочные кровотечения: этиология, классификация, клиническая картина.
2. Ахалазия пищевода: классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Бронхоэктатическая болезнь: классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Спонтанный пневмоторакс. Клиника. Диагностика. Виды лечения.
5. Острая эмпиема плевры: классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к оперативному лечению.
6. Рак пищевода. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия( формы опухоли). Гистологические формы. Классификация по TMN. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Пионевмоторакс. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
8. Проникающие торакоабдоминальные ранения. Клиника. Дианостика. Лечение.
9. Закрытая травма груди: перелом грудины. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Дивертикулы пищевода. Классификация. Методы диагностики. Осложнения. Лечение.
11. Гангрена легкого. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Ранения сердца. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Острый абсцесс легкого. Клиника. Диагностика. Лечения. Показания к оперативному лечению.
14. Периферический рак легкого. Клинические формы периферического рака легкого. Дифференциальная диагностика и принципы лечения.
15. Инородные тела бронхов. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
16. Травматический пневмоторакс. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
17. Послеожоговые стриктуры пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы лечения.
18. Буллезная эмфизема легких. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Бронхиальные свищи. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Центральный рак легкого. Клинические формы центрального рака легкого. Классификация по TMN. Основные принципы лечения.
21. Медиастиниты. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
22. Закрытая тупая травма груди: множественные переломы ребер. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
23. Травматические повреждения трахеи. Этиология и клиника. Диагностика. Принципы лечения.
24. Ахалазия кардии. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
25. Грыжи диафрагмы Ларрея-Морганьи и Бохдалека. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Эмфизема грудной клетки. Клиника. Диагностика . Лечение.
27. Пищевод Баррета. Клиника. Диагностика. Лечение.
28. Инородные тела и повреждения пищевода. Клиника. Методы диагностики. Лечение.
29. Доброкачественные опухоли легкого. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
30. Стеноз трахеи. Этиология, методы диагностики, лечебная тактика. Показания к эндоскопическому лечению.

**Примеры тестовых заданий**

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1.001.Скорость нервной проводимости 1) независима от диаметра волокон; 2) независима от силы раздражителя; 3) медленнее в миелинизированных волокнах; 4) изменяется от температуры; 5) уменьшается при «скачущей» проводимости

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4 **+**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

1.002.Цереброспинальная жидкость 1) активно секретируется хориоидальным сплетением; 2) является главным источником питания мозга; 3) реабсорбируется через арахноидальные ворсинки; 4) более щелочная, чем артериальная кровь; 5) не содержит глюкозы

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3 **+**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

1.003.Кровоток через скелетные мышцы 1) увеличивается при симпатической нервной стимуляции; 2) в состоянии покоя в расчете на 1 грамм он больше, чем в миокарде; 3) увеличивается во время максимального изометрического сокращения; 4) увеличивается при местном тканевом ацидозе; 5) в покое составляет примерно 1% сердечного выброса

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3 **+**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

1.004.Закон Старлинга для сердца 1) соотносит потребление миокардом кислорода с производимой работой; 2) соотносит объем правого предсердия с частотой сердечных сокращений; 3) соотносит сердечный выброс с периферической резистентностью; 4) касается длины мышц сердца в покое; 5) дифференцирует мышцы сердца от скелетных мышц.Выберите правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

1.005.Давление в левом предсердии 1) имеет прямую связь с диастолическим давлением в легочной артерии; 2) в норме больше 15 мм рт ст; 3) ниже конечно-диастолического давления в левом желудочке; 4) ниже, чем среднее давление в легочной артерии; 5) имеет прямую связь с центральным венозным давлением

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

1.006.Перфузия коронарных артерий 1) обратно пропорциональна диастолическому артериальному давлению; 2) увеличивается во время вызванной нагрузкой тахикардии; 3) уменьшается при умеренной гипоксемии; 4) увеличивается при инфузии нитритов; 5) возрастает под действием вазопрессина

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4 **+**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

1.007.Стимуляция барорецепторов каротидного синуса 1) повышает передачу афферентного импульса в центральную нервную систему; 2) увеличивает частоту сердечных сокращений; 3) снижает симпатический тонус; 4) повышает артериальное давление; 5) повышает секрецию предсердных натрийуретических пептидов

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3 **+**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

1.008.Сурфактантный материал, выстилающий легочные альвеолы 1) поддерживает податливость легких; 2) содержит трипсин; 3) вырабатывается пневмоцитами II типа; 4) повышает поверхностное натяжение альвеолярной жидкости; 5) высвобождается из протекающей через легочные капилляры крови

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3 **+**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

1.009.Физиологическое мертвое пространство увеличивается при 1) использовании слишком большой маски у детей; 2) анестезии ингаляционными веществами; 3) легочной эмболии; 4) положительном давлении в конце выдоха (PEEP); 5) тяжелой гиповолемии

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4 **+**

1.010.Функциональная остаточная емкость 1) это объем газа в легких после нормального вдоха; 2) возрастает при хронических обструктивных заболеваниях воздушных путей; 3) составляет около 3 л / кв м у молодого здорового человека; 4) может быть определена по вымыванию азота; 5) меньше в положении стоя, чем лежа

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4 **+**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

2.001.Кетамин обычно увеличивает 1) АД; 2) сердечный выброс; 3) потребление миокардом кислорода; 4) ЧСС; 5) кровоток мозга, ВЧД

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4 **+**

2.002.К антагонистам фибринолиза относятся 1) апротинин; 2) стрептокиназа; 3) эпсилон-амино-капрновая кислота; 4) активатор тканевого плазминогена; 5) гепарин

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3 **+**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

2.003.У больного со стенозом аортального клапана 1) имеет место значительное увеличение полости левого желудочка; 2) характерен низкий вольтаж ЭКГ; 3) защита от ишемии происходит благодаря большому левому желудочку; 4) отличительной чертой является снижение растяжимости левого желудочка в результате гипертрофии; 5) стенка левого желудочка очень податлива

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г)если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

2.004.Увеличенный легочный кровоток имеет место при 1) стенозе легочной артерии; 2) тетраде Fallot; 3) коарктации аорты; 4) дефекте межжелудочковой перегородки; 5) атрезии трикуспидального клапана

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г)если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

2.005.Витамин К 1) требуется для синтеза факторов свертывания VII, IX, X и II (протромбина); 2) является антагонистом гепарина; 3) является антагонистом варфарина; 4) является антагонистом протаминсульфата; 5) не действует при приеме внутрь

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3 **+**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

2.006.Эритропоэтин 1) синтезируется в перитубулярных клетках почек; 2) вырабатывается в купферовских клетках печени; 3) увеличивает образование эритроцитов; 4) увеличивает образование лейкоцитов; 5) увеличивает образование тромбоцитов

а) если правильны ответы 1,2 и 3 **+**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

2.007.Преимущественно не прямым прессорным действием обладает 1) норадреналин; 2) адреналин; 3) изопротеренол; 4) эфедрин; 5) бревиблок

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г)если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

2.008.Среди местных анестетиков может вызвать метгемоглобинемию 1) лидокаин; 2) прилокаин; 3) бупивакаин; 4) бензокаин; 5) новокаин

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4 **+**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

2.009.Определение сердечного выброса методом термодилюции 1) требует введения в легочную артерию катетера с термистором (термодатчиком); 2) основано на том же принципе, который использует разведение красителя; 3) требует введения точного объема жидкости с определенной температурой; 4) не требует измерения температуры в месте стояния конца катетера; 5) зависит от температуры операционной

а) если правильны ответы 1,2 и 3 **+**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

2.010.Анафилактическая реакция во время анестезии 1) всегда начинается с отека гортани; 2) всегда включает ларингеальные, респираторные и циркуляторные симптомы; 3) всегда имеет короткую продолжительность; 4) должна незамедлительно интенсивно лечиться; 5) лечение не представляет трудностей

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г)если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

3.001.У нелеченных больных с гипотиреозом наблюдается.1) центральная депрессия от гипнотиков; 2) депрессия сердечных показателей; 3) низкий вольтаж зубцов Т на ЭКГ; 4) повышенная чувствительность к недеполяризующим нейромышечным блокаторам; 5) задержка восстановления сознания после анестезии

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4 **+**

3.002.Шкала Апгар основана на оценке по системе баллов от 0 до 2 следующих показателей 1) ЧСС, АД, глубины дыхания, цвета кожных покровов и тонуса мышц; 2) ЧСС, частоты дыхания, сухожильных рефлексов, цвета кожных кровов; 3) АД, глубины дыхания, активности рефлексов, цвета кожных кровов, тонуса мышц; 4) ЧСС, начала активного дыхания, рефлекторных ответов, мышечного тонуса, цвета кожи; 5) каждый из признаков оценивается в 1 бал

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г)если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

3.003.Оцените по шкале Апгар ребенка, имеющего цианотичные конечности, ЧСС 105 уд.в мин, слабые попытки дыхания, вялый тонус конечностей, делающего гримасы при введении носового катетера 1) З бала; 2) 4 бала; 3) 5 балов; 4) 6 балов; 5) 8 балов

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г)если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

3.004.Болезненное ожирение характеризуется уменьшением 1) жизненной емкости; 2) экспираторного резервного объема; 3) функциональной остаточной емкости; 4) объема закрытия; 5) диффузионной способности для углекислоты

а) если правильны ответы 1,2 и 3 **+**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

3.005.Шкала Апгар 1) имеет максимальное значение 9 баллов; 2) оценивается на 1-й и 5-й минуте после рождения; 3) предложена Вирджинией Апгар в 1970 г; 4) обычно более низкая у детей курящих матерей; 5) оценивается на 1-й и 10-й минуте после рождения

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4 **+**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

3.006.Известные причины гипотензии во время спинальной анестезии включают 1) снижение ритма сердца; 2) увеличение венозной емкости; 3) уменьшение ударного объема; 4) прямое угнетение миокарда; 5) увеличение времени атрио-вентрикулярной проводимости

а) если правильны ответы 1,2 и 3 **+**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

3.007.При эпидуральной анестезии определенный объем 2% лигнокаина (лидокаина) вызовет более распространенный блок 1) при беременности близкой к сроку родов; 2) у пожилых пациентов; 3) во время механической вентиляции; 4) при оставлении катетера; 5) если создать гипербарический раствор

а) если правильны ответы 1,2 и 3 **+**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

3.008.У больного с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы можно уменьшить осложнения при вводной анестезии с помощью 1) использования кетамина для индукции; 2) предоперационной терапии антагонистами рецепторов Н2; 3) использования ларингеальной маски; 4) использования давления на персневидный хрящ; 5) премедикации атропином

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4 **+**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

3.009.Нервные блоки, показанные при лечении болей связанных с хроническим панкреатитом, включают 1) двусторонний грудной паравертебральный; 2) чревного сплетения; 3) торакальный эпидуральный; 4) поясничный симпатический; 5) интратекальный фенол

а) если правильны ответы 1,2 и 3 **+**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

3.010.Во время анестезии и операции у больного с серповидно-клеточной анемией криз может быть спровоцирован 1) гипоксией; 2) гиперкарбией; 3) гипотензией; 4) кровопотерей; 5) гипотермией

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4 **+**

4.001.Использование седации пропофолом в интенсивной терапии противопоказано у больных, страдающих 1) delirium tremens; 2) гипертриглицеридемией; 3) почечной недостаточностью; 4) гиповолемическим шоком; 5) повышением внутричерепного давления

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4 **+**

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

4.002.Дыхательные нарушения при легочной эмболии включают 1) уменьшение функциональной остаточной емкости; 2) уменьшение РСО2 в конце выдоха; 3) тахипноэ; 4) увеличение альвеолярного мертвого пространства; 5) снижение насыщения кислородом артериальной крови

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4 **+**

4.003.Во время сердечно-легочной реанимации 1) соотношение массажа сердца и ИВЛ составляет 30: 2; 2) дефибрилляция проводится только при фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии; 3) препаратом выбора является адреналин; 4) внутрисердечно вводится кальция хлорид; 5) прекардиальный удар проводится при любом виде остановки кровообращения

а) если правильны ответы 1,2 и 3 **+**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

4.004.Отравление окисью углерода проявляется 1) спутанным сознанием; 2) отсутствием цианоза; 3) "размытостью" зрения; 4) рвотой; 5) головной болью

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4 **+**

4.005.Повышенный бикарбонат плазмы связан с 1) почечной недостаточностью; 2) не сахарным диабетом; 3) гиперкалиемией; 4) пилоростенозом, рвотой; 5) печеночной недостаточностью

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г)если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

4.006.Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью 1) применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки; 2) ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей; 3) стимуляции кашля; 4) санационной бронхоскопии

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4 **+**

4.007.При хроническом дыхательном ацидозе, компенсируемом почками 1) рН мочи уменьшен; 2) РаСО2 повышено; 3) избыток оснований повышен; 4) стандартный бикарбонат снижен; 5) Р50 снижен

а) если правильны ответы 1,2 и 3 **+**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

4.008.Касательно миастении гравис 1) эмоциональный стресс может увеличивать слабость мышц; 2) нарушается механизм мышечного сокращения; 3) она может быть вызвана лечением пенициламинами; 4) меньшее количество ацетилхолина высвобождается из нервных окончаний; 5) на поздних стадиях болезни часто вовлекается миокард

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3 **+**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

4.009.При тяжелом диабетическом кетоацидозе имеет место 1) гиперосмолярность плазмы; 2) снижение внутриклеточной концентрации калия; 3) общая дегидратация организма; 4) нормальная анионная разница; 5) гиповентиляция

а) если правильны ответы 1,2 и 3 **+**

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

4.010.Принятое лечение послеоперационного тиреотоксического риза включает 1) седацию; 2) плазмаферез; 3) кортикостероиды; 4) пропранолол (атенолол); 5) инфузионную терапию

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4 **+**

5.001.Расстояние от резцов до голосовой щели у взрослого мужчины составляет 1) 30-32 см 2) 24-26 см 3) 18-20 см 4) 13-14 см

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

5.002.Уровень бифуркации трахеи у взрослого мужчины расположен 1) на Тh 1-2 2) наTh 3-4 3) на Тh 5-6 4) на Тh 6-7 5) на Тh 8-9

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

5.003.Расстояние от резцов до бифуркации трахеи у взрослого мужчины составляет 1) 31-33 см 2) 30-32 см 3) 27-30 см 4) 24-26 см 5) 18-23 см

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

5.004.Если интубационную трубку ввели на глубину 28 см, то ее дистальный конец предположительно будет расположен 1) в трахее 2) на бифуркации 3) в левом главном бронхе 4) в правом главном бронхе

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

5.005.Гортань располагается на уровне 1) С1-С5 2) С6-Т5 3) Т1-Т6 4) С4-С6 5) Т2-Т4

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

5.006.Длина трахеи у взрослого человека составляет 1) 5-8 см 2) 15-17 см 3) 18-24 см 4) 11-13 см

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

5.007.При спокойном вдохе 1) задняя часть голосовых связок расходится меньше, чем передняя 2) расходятся равномерно 3) не расходятся 4) передняя часть голосовых связок расходится меньше, чем задняя

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

5.008.При двустороннем пересечении возвратного нерва наблюдается 1) открытие задней голосовой щели 2) полное закрытие голосовой щели 3) "трупное" положение голосовых связок 4) полная релаксация мышц и открытие голосовой щели 5) экспираторное закрытие

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

5.009.Длина правого бронха у взрослого составляет 1) 9-10 см 2) 7-8 см 3) 5-6 см 4) 2-2,5 см 5) 1-1,5 см

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4 **+**

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

5.010.Гортань иннервируется 1) двумя ветвями блуждающего нерва 2) симпатическим нервом 3) верхним и нижним гортанными нервами 4) все ответы верны

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3 **+**

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5 или 1,2,3 и 4

**Анестезиология и реаниматология**

***Задача № 1***

Больной, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возни­кает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились 1/2 года назад, имеют тенденцию к прогрессированию.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД=18 в 1 минуту. Пульс - 76 в 1 минуту, ритмичный. АД=130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Классификация данного заболевания?

3. Вариабельность клинической картины в зависимости от различий этиопатогенезе?

4. Какие методы исследования подтвердят Ваш диагноз?

5. Какие могут развиться осложнения?

6. Методы лечения данного заболевания?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. Травматическая диафрагмальная грыжа

2. Классификация диафрагмальных грыж (К.Д. Тоскин, 1990)

- Грыжи собственно диафрагмы:

а) врожденные: реберно-позвоночные, грудинно-реберные, грыжи купола диафрагмы, аплазия диафрагмы

б) травматические

в) релаксация диафрагмы (невропатические грыжи)

- Грыжи естественных отверстий диафрагмы:

а) короткий пищевод (врожденный, приобретенный)

б) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

в) параэзофагеальные грыжи

3. Для грыж собственно диафрагмы характерны кардиореспираторные (одышка, цианоз, тахикардия) и гастроинтестинальные симптомы (боли в эпигастрии, рвота, задержка стула и газов)

Для грыж естественных отверстий диафрагмы характерны симптомы рефлюкс-эзофагита (чувство жжения за грудиной, изжога, усиливающиеся при работе нагнувшись)

4. Обзорная и контрастная рентгенография, ФГДС и УЗИ.

5. Ущемление.

6. Оперативное лечение – пластика диафрагмы собственными тканями или аллопластическим материалом.

***Задача № 2***

У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии. Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 х 4 см с неизмененной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу. Ваш диагноз?

1. Классификация этой патологии.

2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?

3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?

4. Какую тактику лечения следует избрать?

5. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной па­тологии?

6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?

7. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

Предварительный диагноз: Дивертикул пищевода. Дополнительные методы исследования: рентгеноэзофагогастроскопия, ФГДС.

Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение.

Показание к хирургическому лечению - осложнения заболевания (перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация, пищеводно-трахеальные свищи).

Оперативное лечение: при глоточно - пищеводных дивертикулах -шейный доступ, при эпибронхиальных - левосторонний торакальный. Объем операции: дивертикулэктомия, дивертикулэктомия с пластикой пищевода лоскутом диафрагмы или плевры.

***Задача № 3***

У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?

3. Какова этиология и патогенез данного заболевания?

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

5. Опишите рентгенологическую семиотику заболевания.

6. Какие стадии заболевания по Б.В. Петровскому следует различать?

7. Какие виды лечения применяются при данном заболевании?

8. Каковы показания к оперативному лечению, варианты операций?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

Предварительный диагноз: Ахалазия кардии.

Для данного заболевания характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация и боль.

Дифференциальный диагноз: рак пищевода и рак кардии, дивертикул пищевода, эзофагит, эзофагоспазм, стриктуры пищевода. Методы исследования: Рентгеноэзофагогастроскопия, эзофагокимография, ФГДС, фармакологические пробы.

Консервативную терапию применяют только в начальных стадиях заболевания, а также как дополнение к кардиодилятации. Основной метод лечения - кардиодилятация (противопоказан при портальной гипертензии). Кардиотомия. Эндоскопическакя эзофагомиотомия.

Показания к оперативному лечению: Противопоказания к кардиодилятации. отсутствие эффекта от кардиодилятации, разрывы  пищевода, стриктуры.

Консервативно: стол 1, церукал 3-4 недели, седативные, витамины группы В. Вагосимпатическая блокада (расслабление кардии).

***Задача № 4***

У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7°С, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?

2. Классификация заболевания?

3. Этиология и этапы развития заболевания?

4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза итактики лечения?

5. Лечение заболевания?

6. Возможные осложнения заболевания?

7. Реабилитационные мероприятия амбулаторного   периода.   Сана­торно-курортное лечение?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

У данного больного клиника абсцесса легкого. Предпосылками для возникновения заболевания являются инфекция, расстройство кровообращения, ателектаз легкого. Выделяют этапы до- и после дренирования абсцесса через бронх.

Дополнительные методы исследования: обзорная рентгенография грудной клетки, томография, УЗИ, КТ.

Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы. Операции: пневмотомия, резекция доли легкого. В последние годы более широко используется пункционный метод лечения под контролем УЗИ.

Возможные осложнения: развитие гангрены легкого, сепсиса, гнойного плеврита, пневмоторакса, асфиксии.

***Задача № 5***

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учиться, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки. Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пуль 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

1. Ваш диагноз?

2. Этиология и патогенез данного заболевания?

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?

4. Какую клиническую классификацию следует применить для по­становки диагноза?

5. Какие осложнения могут развиться у больной?

6. Какова должна быть лечебная тактика?

7. Показания к оперативному лечению при данной патологии?

8. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

Диагноз: Диффузный тиреотоксический зоб, II степени, легкая степень тяжести. Из дополнительных методов исследования необходимо выполнить: УЗИ щитовидной железы, определение уровня тиреотропного и тиреоидных гормонов; по показаниям (смешанные и узловые формы) - радиоизотопное сканирование, тонкоигольная биопсия, КТ, определение тиреоглобулина, кальцитонина, АТ к тиреоглобулину.

При неэффективности консервативного лечения – субтотальная резекция щитовидной железы.

Послеоперационные осложнения: тиреотоксический криз, кровотечение, повреждение возвратного нерва, гипопаратиреоз, трахеомаляция.

После операции 6 мес без физических нагрузок и перегреваний, через 6 мес на МСЭК, если сохраняются симптомы + диспасеризация эндокринолога.

***Задача № 6***

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне - наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 х 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово - синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетвори тельное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии ( ампициллин ). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

1. Ваш диагноз?

2. Каковы причины данного заболевания?

3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?

4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагно­стику?

5. Какова лечебная тактика?

6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка?

7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации?

8. Назначьте антибактериальную терапию

9. Меры профилактики данного заболевания?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин.

При абсцедировании - оперативное лечение: вскрытие мастита. С целью подавления лактации можно использовать препараты, подавляющие секрецию пролактина (бромокриптин, парлодел 5 мг 2 раза в день 5-7 дней).

***Задача 7***

Больная 49 лет фельдшер скорой помощи на селе, замужем, имеет 2-х детей. Год назад обнаружила в левой молочной железе плотное образование, к специалистам не обращалась до настоящего времени. Отмечает некоторое увеличение опухоли в размерах, неприятных ощущений в молочной железе нет. Общее состояние хорошее, Молочные железы правильной формы, видимой деформации нет. В правой железе картина диффузной мастопатии. В левой- на границе наружных квадрантов пальпируется опухоль округлой формы около 4-х см в диаметре, без четких границ, безболезненная, подвижность ее ограничена, кожа над опухолью не изменена. В левой подмышечной области пальпируется одиночный лимфатический узел, подвижный, эластической консистенции, размерами 1,5 х 1 см. На рентгенограммах молочных желез: двухстороннее, ин-волютивные изменения, на этом фоне в верхнем наружном квадранте левой молочной железы определяется уплотнение 2 х 2 см с нечеткими лучистыми кон­урами. При цитологическом исследовании пунктата левой молочной железы обнаружены единичные разрушенные клетки с некоторыми признаками атипии.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Выберите план дальнейшего обследования?

3. Каким  методом следует  получить  морфологическую верификацию  диагноза?

4. Назовите факторы риска возникновения заболевания?

5. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо опреде­лить?

6. Возможные варианты лечебной тактики, дайте обоснования?

7. Задачи реабилитационного лечения?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

Предварительный диагноз: опухоль молочной железы. Для уточнения диагноза могут быть использованы: маммография, пункционная биопсия, биопсия лимфоузла, секторальная резекция с цитобиопсией.

При подтверждении диагноза рака молочной железы -комбинированное лечение: радикальная мастэктомия, химиотерапия.

Факторы риска: наследственность, раннее менархе, поздняя менопауза, поздние роды, ФКМ.

***Задача № 8***

Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрыт холодным потом, кожа бледная, пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по средне ключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкусиии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблен. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ - зона ишемии в передне-боковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.

1. Диагноз.

2. Тактика в районной больнице.

3. Выбор анестезии.

4. Принципы операции.

5. Возможные осложнения после операции, их профилактика.

6. Что такое переливание утильной крови, техника выполнения.

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца. (Гемоторакс слева???)

2. Срочное оперативное лечение.

3. Эндотрахеальный наркоз.

4. Торакотомия передне-боковая в 5 межреберьи, рассечение продольное перикарда, наложение   капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки.

5.   Остановка сердца, повторная тампонада сердца, ателектаз полный или частичный, гемоторакс.

6. Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови.

***Задача № 9***

Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД=100 и 70 мм рт ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы исследования.

3.Клинический диагноз.

4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ.

5. Показания и техника выполнения плевральной пункции.

6. Показания к торакотомии при гематораксе.

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря. шок 1 степени тяжести

2. Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость.

3. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс средней величины, шок 1 степени тяжести.

4. Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравертебральной линии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2, 5 литров в сутки.

5. Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.

6. Торакотомия не показана при гематороксе малом и средней величины. При большом и тотальном гематороксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать плевральную полость, зашить торакотомную рану..

***Задача № 10***

У кормящей женщины 24 лет через 2 недели после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39 °С, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотноватая, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется. Пульс 92 в минуту, ритмичный, артериальное давление 120/ 70 мм рт ст.

1. Ваш диагноз?

2. Классификация данного заболевания

3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?

4. Возможна ли консервативная тактика?

5. С каким заболеванием следует дифференцировать?

6. Можно ли продолжать кормление ребенка?

7. Какие средства применяются для прекращения лактации?

8. Назначьте антибактериальную терапию выпиской рецептов

9. Каковы меры профилактики данного заболевания?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации.

2. 1) - острый 3) - ретромаммарный

- хронический - субареолярный

- премаммарный

2) - серозная форма - паренхиматозный

- инфильтративная - интерстициальный

- абсцедирующая

3. ОАК, ОАМ, СРБ, маммаграфия, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность),

4. Консервативная тактика возможна.

5. Маститоподобная форма рака, туберкулез, актиномикоз.

6. Кормление грудью не прекращают.

7. Бромкрептин, парлоден.

8. Амоксиклав

Цефазолин 1,0

9. Тщательный уход за молочной железой, сцеживание молока.

***Задача 11***

Больной 40 лет жалуется на боли и в нижней части правой половины грудной клетки, усиливающиеся при кашле, перемене положения тела. Кроме этого его беспокоит кашель с отделением небольшого количества мокроты, одышка. Давность заболевания около недели. Объективно: Пуль 110 в минуту, температура 38,5 С. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, межреберные промежутки справа расширены. Перкуторно определяется притупление звука с верхней горизонтальной линией на уровне 5 ребра и тимпаническим звуком над этой линией. При аускультации дыхательные шумы отсутствуют над областью притупления. Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. На рентгенограмме определяется затемнение в нижних отделах справа до 5 ребра и просветление над ним.

1. Ваш диагноз?

2. Клиническая классификация этого заболевания?

3. Этиопатогенез этого заболевания?

4. В каком обследовании нуждаются больные с этим заболеванием? Назовите характерные признаки данной патологии, которые выявляются при этом обследовании?

5. В каком лечении нуждается данный больной? Каковы основные цели этих лечебных мероприятий?

6. Правила выполнения специальной медицинской манипуляции, выполняемой при лечении этого заболевания?

7. Возможные осложнения этого заболевания?

***Ответ к задаче***

1. Экссудативный правосторонний плеврит.

2. Невоспалительный плеврит (хилоторакс). Воспалительный, серозный, фибринозно-гнойный.

3. Невоспалительные плевриты – состояние, вызывающее асцит и затруднение венозного и лимфатического оттока из грудной клетки. Воспалительные – результат воспаления структур, прилегающих к плевральной полости.

4. Физикальные признаки – притупленный звук, отсутствие дыхания.

Рентгенологические признаки – затемнение задней части диафрагмы в боковой проекции.

УЗИ – жидкость в плевральной полости.

5. Антибактериальная терапия. Плевральная пункция. цель – санация плевральной

полости.

6. Пункция плевральной полости выполняется по верхнему краю ребра в асептических условиях.

7. Эмпиема плевры

***Задача № 12***

Пациент 43 лет находится на лечении по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, осложненной абсцессом. 2 часа назад больной отметил внезапное ухудшение состояния - появились интенсивные боли в правой половине груди, затруднение дыхания. Общее состояние тяжелое. Т -39,2С. Цианоз кожи, слизистых оболочек. Частота дыханий 30 в 1 минуту, дыхание поверхностное. Отмечается укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания справа на уровне середины лопатки. Выше уровня укорочения перкуторного звука выслушивается шум трения плевры. Ваш предварительный диагноз? Что может явиться причиной внезапного ухудшения состояния? Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать? Какова тактика лечения больного? Несмотря на интенсивную терапию и ежедневные плевральные пункции, состояние пациента без положительной динамики, сохраняются явления интоксикации, в общем анализе крови определяются анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 49 мм/час. Из полости плевры ежедневно эвакуируется 500-600 мл гнойного экссудата.

1. Ваш окончательный диагноз?

2. Принципы этиотропного и патогенетического лечения?

3. Какой метод местного лечения необходимо использовать в данной ситуации?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. Пиопневмоторакс. Легочно – плевральный свищ.

2. Прорыв гнойного содержимого из полости абсцесса в плевральную полость.

3. Рентгенологические. УЗИ. Плевральная пункция. Бронхоскопия. Торакоскопия. Посев экссудата. Цитологическое исследование экссудата.

4. Антибактериальная терапия. Лечебная бронхоскопия. Торакопластика.

5. Эмпиема плевры. Легочно – плевральный свищ. Лечение сепсиса.

***Задача № 13***

Мужчина 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характе­ра за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40С, озноб, сопровождающийся проливным потом. Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу. Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи». Объективно: Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженного питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл. Дополнительные методы обследования: Анализ крови: количество лейкоцитов 18 х 10/л, выраженный сдвиг формулы влево. ФГДС: на уровне Сб - С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 - 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого нахо­дится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

Обзорная рентгенография легких: зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмфиземы средостения, расширение его тени, увеличение расстояния между позвоночником и пищеводом, небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и перикарде.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. План дополнительного обследования больною?

3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томогра­фии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?

4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболева­нии?

5. Тактика лечения данного больного?

6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?

7. Принципы консервативной терапии?

8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. У больного имеется перфорация пищевода инородным телом, осложненная медиастенитом.

2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагосокопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.

3. Важная роль в диагностике данной патологии принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому обследованию, УЗИ, компьютерной томографии.

4. Причиной данного заболевания явилось инородное тело пищевода, с перфорацией пищеводной стенки и развитием гнойного медиастинита и интоксикацией.

5. При лечении медиастинита используется активная хирургическая тактика.

6. Хирургическое лечение заключается в осуществлении оптимального доступа, обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировании средостения и плевральной полости (при необходимости), наложении гастростомы или проведения трансназально зонда в желудок. В послеоперационном периоде дренажи используют для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.

7. После операции проводится интенсивная детоксикационная, антибактериальная и иммуностимулирующая терапия.

8. Летальность при гнойном медиастините достигает 20–50% и более.

***Задача №14***

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь. При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.

1. Ваш диагноз?

2. Какое осложнение возникло у больного?

3. Какие методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения больного в стационаре?

5. Оцените тактику, предпринятую при лечении больного в амбулаторных условиях.

6. Виды оперативных доступов.

7. Медиастинит.

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.

2. Ультразвуковое исследование тканей шеи, средостения; рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.

3. Шейная боковая и трандиафрагмальная медиастинотомия, дренирование средостения, гастростомия, мощная детоксикация, массивная антибактериальная терапия, лечение полиорганных нарушений, иммунотерапия, исключение питания через рот.

4. При технических трудностях во время эзофагоскопии, подозрении на флегмону пищевода, перфорацию его инородным телом необходима госпитализация больного, динамическое наблюдение, при необходимости – дополнительное обследование.

5. Оперативные доступы к средостению: надгрудинный предплевральный по Разумовскому, шейная боковая медиастинотомия, внеплевральная задняя медиастинотомия по Насилову, парастернальный доступ по Маделунгу, нижняя трансабдоминальная медиастинотомия по Савиных, торакотомный чрезплевральный доступ. Наиболее эффективный метод дренирования средостения – проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову.