

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
Учебно-методическим советом
«31» августа 2021 г.
протокол № 10

Проректор по учебной работе,
председатель учебно-методического совета
профессор
Орел В.И.



АДАПТИРОВАННАЯ РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине Б2.Б.12 (II)	«Практика по неотложным медицинским манипуляциям» (наименование дисциплины)
Для специальности	Лечебное дело, 31.05.01 (наименование и код специальности)
Факультет	Лечебное дело (наименование факультета)
Кафедра	Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии им. профессора В.И.Гордеева (наименование кафедры)

Объем дисциплины и виды учебной работы

№№ п./п.	Вид учебной работы	Всего часов	Семестр
			12
1	Общая трудоемкость дисциплины в часах	144	144
1.1	Общая трудоемкость дисциплины в зачетных единицах	4	4
2	Контактная работа, в том числе:	96	96
2.1	Лекции		
2.2	Лабораторные занятия		
2.3	Практические занятия	96	96
2.4	Семинары		
3	Самостоятельная работа	48	48
4	Контроль		
5	Вид итогового контроля: зачет с оценкой	-	зачет с оценкой

Рабочая программа учебной дисциплины «Практика по неотложным медицинским манипуляциям» по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» составлена на основании ФГОС ВО - специалитет по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «12» августа 2020 г. №988, и учебного плана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Разработчики программы:

ДОЦЕНТ, К.М.Н.

(должность, ученое звание, степень)

В.В.Погорельчук

(расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

название кафедры
« 26 » августа 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий (ая) кафедрой

Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

название кафедры

Доцент, д.м.н.

(должность, ученое звание, степень)

Д.В.Заболотский

(расшифровка)

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине «Практика по неотложным медицинским манипуляциям»
(наименование дисциплины)

Для специальности Лечебное дело, 31.05.01
(наименование и код специальности)

ОГЛАВЛЕНИЕ:

1. Раздел «РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПО ДИСЦИПЛИНЕ».....
 - 1.1. Рабочая программа.....
 - 1.2. Листы дополнений и изменений в рабочей программе
2. Раздел «КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДИСЦИПЛИНЫ
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ».....
 - 2.1. Карта обеспеченности учебно-методической литературой на 2021 - 2022
уч. год
 - 2.2. Перечень лицензионного программного обеспечения на 2021 – 2022 уч.
год
3. Раздел «ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ»
- 3.1. Банк контрольных заданий и вопросов (тестов) по отдельным темам и в
целом по дисциплине
4. Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ЗАЧЕТ С
ОЦЕНКОЙ».....
5. Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ
ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ».....
6. Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ОБУЧАЕМЫМ ПО
ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ»
7. Раздел «МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
ДИСЦИПЛИНЫ»
8. Раздел «ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ»
9. Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ, ИЗДАННЫХ
СОТРУДНИКАМИ КАФЕДРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ».....
10. Раздел «ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА»
11. Раздел «ДИСТАНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ
РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
COVID-19.....

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель освоения дисциплины:

Закрепление знаний, полученных при изучении основных клинических и теоретических дисциплин, совершенствование практических навыков и умений, приобретенных в курсе учебных практик и практических. Ознакомление с организацией отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Задачи изучения дисциплины:

приобретение теоретических знаний и практических умений по диагностике острой дыхательной недостаточности, недостаточности кровообращения, церебральной недостаточности, необходимым для профессиональной деятельности врача-педиатра.

В задачи цикла входит:

1. Получение знаний по анестезиологии и реаниматологии.
2. Изучение этиологии, патогенеза, диагностики и лечения неотложных состояний у детей, требующих интенсивной терапии.
3. Ознакомление с методиками анестезиолого-реанимационного обеспечения.

(3 - 7 задач в зависимости от количества аудиторных часов):

- приобретение студентами знаний в области неотложной педиатрии;
- обучение студентов распознаванию неотложных состояний при осмотре больного, при определении тяжести течения процессов различной этиологии,
- обучение студентов умению выделить ведущие угрожающие признаки неотложных состояний, симптомы, синдромы и т.д.,
- обучение студентов выбору оптимальных методов диагностики и обследования при неотложных заболеваниях и составлению алгоритма дифференциальной диагностики;
- обучение проведению полного объема лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий среди пациентов с различными нозологическими формами болезней;
- обучение студентов оказанию неотложной помощи больным при возникновении неотложных состояний;
- обучение студентов выбору оптимальных схем диагностики и лечения наиболее часто встречающихся неотложных заболеваний;
- обучение студентов оформлению медицинской документации (медицинской карты стационарного или амбулаторного больного, листка нетрудоспособности, статистического талона и т.д.);
- ознакомление студентов с принципами организации и работы станций скорой и неотложной медицинской помощи;
- формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров;
- формирование навыков общения с больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов;
- формирование у студента навыков общения с коллективом.

ЗНАТЬ:

- основные этапы работы врача ОРИТ;
- порядок выписки, хранения, учета и назначения медикаментов (особо сильнодействующих, наркотических, дорогостоящих);
- работу ОРИТ;
- работу патологоанатомического отделения;
- организацию и проведение противоэпидемической работы.

УМЕТЬ:

- проводить лечение больных под руководством врача;
- правильно оформлять медицинскую документацию.

ВЛАДЕТЬ:

- порядком оказания неотложной помощи;
- порядком оформления медицинской документации;
- порядком выполнения врачебных диагностических и лечебных манипуляций, проводимых под непосредственным руководством врача;
- основными медикаментозными и немедикаментозными средствами и приемами по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП СПЕЦИАЛИТЕТА КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Входные требования для дисциплины (модуля)

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практики	Необходимый объем знаний, умений, навыков
1.	Безопасность жизнедеятельности	<p>ЗНАТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none">– характеристику очагов создаваемых токсичными химическими веществами (АОХВ) в военное время и в районах чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;– задачи и организационную структуру Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК);– задачи и организационную структуру медицинской службы гражданской обороны (МС ГО);– цели и задачи мобилизационной подготовки здравоохранения;– задачи и организационную структуру специальных формирований здравоохранения, порядок их создания;– медицинские формирования и учреждения, предназначенные для оказания медицинской помощи пораженному населению в военное время и в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;– основы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в военное время и в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;– патологию, клинику и лечение поражений токсичными химическими веществами и ионизирующими излучениями;– способы и средства защиты населения, больных, медицинского персонала и имущества медицинских учреждений и формирований в военное время и в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;– основы оказания различных видов медицинской помощи пораженному населению;– основы организации и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в военное время и в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;– организацию и способы защиты от поражающих факторов оружия массового поражения и природных и техногенных катастроф;– коллективные средства защиты, убежища для нетранспортабельных больных и порядок их использования;– средства индивидуальной защиты от РВ, АОХВ, БС;– медицинские средства профилактики, оказания медицинской помощи и лечения поражений ионизирующими излучениями, АОХВ и БС;– организацию и порядок проведения эвакуации населения и лечебных учреждений;– основы оценки химической и радиационной обстановки;– принципы организации радиационного и химического контроля;– основные мероприятия по организации и проведению специальной

		<p>обработки населения, территории и на этапах медицинской эвакуации;</p> <ul style="list-style-type: none"> – основные положения нормативных правовых документов по мобилизационной подготовке здравоохранения и организации медицинского обеспечения населения в военное время и в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера (Федеральные законы, указы Президенты РФ, постановления Правительства РФ, приказы, инструкции, методические указания Министерства здравоохранения и социального развития России); – порядок накопления и использования медицинского имущества мобилизационного резерва; – организацию снабжения формирований и учреждений медицинской службы гражданской обороны и Всероссийской службы медицины катастроф медицинским, материально-техническим и другими видами имущества; – порядок взаимодействия медицинских формирований и учреждений при ликвидации последствий в очагах поражения; – организацию воинского учета и бронирования граждан, пребывающих в запасе ВС РФ. <p>УМЕТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оказывать первую медицинскую, доврачебную и первую врачебную помощь пораженному населению в военное время и чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера; – выполнять свои функциональные обязанности при работе в составе специальных формирований здравоохранения, формирований и учреждений медицинской службы гражданской обороны и службы медицины катастроф; – практически осуществлять основные мероприятия по защите населения, больных, медицинского персонала и имущества от поражающих факторов различных видов оружия и чрезвычайных ситуаций мирного времени; – оценивать радиационную и химическую обстановку; – квалифицированно использовать медицинские средства защиты; – проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах поражения; – пользоваться медицинским и другими видами имущества, находящимися на обеспечении формирований и учреждений медицинской службы гражданской обороны и службы медицины катастроф. <p>ВЛАДЕТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами оценки радиационной и химической обстановки при чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; – алгоритмами выполнения основных лечебно-эвакуационных мероприятий на этапе оказания первой врачебной помощи детям и подросткам при радиационных и химических поражениях; – методами ведения медицинской учетной и отчетной документации на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи пострадавшим.
2.	Фармакология	<p>ЗНАТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – классификацию и основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств, побочные эффекты; – общие принципы оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств; – применение основных антибактериальных, противовирусных и биологических препаратов; – основные закономерности развития и жизнедеятельности организма детей и подростков на основе структурной организации клеток, тканей и органов; – анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма ребенка и подростка; – функциональные системы организма детей и подростков, их регуляция и саморегуляция при воздействии с внешней средой в норме и при патологических процессах; – структуру и функции иммунной системы у детей и подростков, ее возрастные особенности, механизмы развития и функционирования, основные методы иммунодиагностики, методы оценки иммунного статуса и

		<p>показания к применению иммуностимулирующей терапии.</p> <ul style="list-style-type: none"> – понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни у ребенка и подростка, принципы классификации болезней; – основные понятия общей нозологии; – понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза болезни у ребенка и подростка, принципы классификации болезней; – правила техники безопасности и работы в физических, химических, биологических лабораториях, с реактивами, приборами, животными; – основные физические явления и закономерности, лежащие в основе процессов, протекающих в организме человека; – химико-биологическую сущность процессов, происходящих в живом организме ребенка и подростка на молекулярном и клеточном уровнях; – строение и биохимические свойства основных классов биологически важных соединений, основные метаболические пути их превращения; роль клеточных мембран и их транспортных систем в обмене веществ в организме детей и подростков. <p>УМЕТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; – выписывать рецепты лекарственных средств при определенных заболеваниях и патологических процессах у детей и подростков, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики. <p>ВЛАДЕТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – общими принципами оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств; – применением основных антибактериальных, противовирусных и биологических препаратов; – навыками получения информации при работе с учебной и научной литературой, сетью Интернет для последующей профессиональной деятельности.
3.	Медицинская реабилитация	<p>ЗНАТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – организационно-методические основы медицинской реабилитации и особенности ее реализации в различных лечебно-профилактических учреждениях; – структуру врачебно-физкультурного диспансера; – нормативно-правовое регулирование в области спортивной медицины и медицинской реабилитации; – организацию врачебного контроля за занимающимися физкультурой и спортом; – основные методы оценки функциональных возможностей лиц, занимающихся физкультурой и спортом, основные принципы оценки функциональных резервов организма человека и реабилитационного потенциала пациентов; – основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных, основы организации медицинского обеспечения занимающихся физической культурой и спортом; – основные средства и методы медицинской реабилитации; – механизм лечебного действия лечебной физкультуры и физиотерапии, показания и противопоказания к их назначению; – клинические симптомы повреждений и травм опорно-двигательной системы, предпатологические состояния у спортсменов, синдромы перетренированности и перенапряжения; – клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении и неотложных состояний у пациентов, включая основы антидопингового законодательства. <p>УМЕТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической помощи населению с учетом его социально-профессиональной (включая профессиональные занятия спортом)

		<p>и возрастно-половой структуры;</p> <ul style="list-style-type: none"> – оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; – провести первичное обследование систем и органов; – оценить функциональные возможности лиц, занимающихся физкультурой и спортом, функциональное состояние пациентов для проведения реабилитационных мероприятий с использованием лечебной физкультуры, физиотерапии, и основных курортных факторов; – определить у пациента наличие показаний для медицинской реабилитации и отсутствие противопоказаний для ее осуществления с последующим направлением к врачу-специалисту по медицинской реабилитации; – проводить с населением мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием различных методов физической культуры и спорта, закаливания, пропагандировать здоровый образ жизни; – самостоятельно работать с учебной, научной, нормативной и справочной литературой по медицинской реабилитации (вести поиск, превращать прочитанное в средство для решения профессиональных задач); – реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и младшим персоналом, родственниками пациента. <p>ВЛАДЕТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – методами работы с учебной и учебно-методической литературой; – методами анализа результатов обследования функциональных резервов организма человека (резервометрия, функциональные нагрузочные пробы и др.) и дополнительной информации о состоянии больных; – алгоритмом определения у пациента показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.
4.	Научно-исследовательская работа (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)	<p>ЗНАТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – основные направления и проблемы научных исследований в деятельности врача-клинициста; – структуру научно-исследовательских и лечебно-профилактических организаций; – правила техники безопасности и основные принципы работы на диагностическом оборудовании, исследовательской аппаратуре; – правила обработки и оформления научных исследований. <p>УМЕТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – работать с основной научной литературой по изучаемым проблемам; – ставить задачи и подбирать адекватные методы исследования различной направленности; анализировать полученные данные научного эксперимента; – формулировать выводы и практические рекомендации по научным исследованиям; – формировать основные положения научных квалификационных работ (актуальность, цель, гипотезу, объект и предмет исследования, новизну, основные положения, выносимые на защиту, теоретическую и практическую значимость работы). <p>ВЛАДЕТЬ:</p> <ul style="list-style-type: none"> – навыками литературного поиска; – методами и приемами планирования и организации научно-исследовательской работы на различных ее этапах.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

3.1. Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование (и развитие) у обучающихся следующих компетенций: ПК-1,2,3,6; УК-9.

3.2. Перечень планируемых результатов обучения:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1.	ПК-1	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов; этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов; методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания; правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии	выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме; выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией).	навыком: оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах; распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; оказания медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций	Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации

			(дефибриляции); правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибриляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания.		организма человека (кровообращения и/или дыхания); применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах	
2.	ПК-2	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; общие вопросы организации медицинской помощи населению; вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний; порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи; закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения	осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию; проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты; обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациента; обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациента; обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам; анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента;	навыком: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента; проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); формулирования предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента; направления пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; направления пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации

			здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов; методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента; методику полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); МКБ	интерпретировать данные, полученные при лабораторном обследовании пациента; интерпретировать данные, полученные при инструментальном обследовании пациента; интерпретировать данные, полученные при консультациях пациента врачами-специалистами; осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов; проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний; определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий; определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	направления пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными; установлением диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	
3.	ПК-3	Назначение лечения и	современные методы	составлять план лечения заболевания	навыком: разработки плана	Тестовые задания,

		<p>контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением; современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской</p>	<p>и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов</p>	<p>лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; назначением немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий,</p>	<p>вопросы промежуточной аттестации</p>
--	--	--	--	--	---	---

			помощи с учетом стандартов медицинской помощи; механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением; порядок оказания паллиативной медицинской помощи.	медицинской помощи; оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.	лечебного питания и иных методов лечения; оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками; организации персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценки эффективности и безопасности лечения.	
4.	ПК-6	Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала	законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки; правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове	составлять план работы и отчет о своей работе, оформлять паспорт врачебного (терапевтического) участка; анализировать данные официальной статистической отчетности, включая формы федерального и отраслевого статистического наблюдения; работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну; проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать	составлением плана работы и отчета о своей работе, оформлением паспорта врачебного (терапевтического) участка; проведением анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного населения; ведением медицинской документации, в том числе в электронном виде; контролем выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; обеспечением внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.	Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации

			<p>медицинского работника; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; организацию медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторное, в том числе на дому при вызове медицинского работника; правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".</p>	<p>выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет".</p>		
5.	УК-9	Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах	<p>понятие инклюзивной компетентности, ее компоненты и структуру; особенности применения базовых дефектологических знаний в социальной и профессиональной сферах</p>	<p>планировать и осуществлять профессиональную деятельность с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами</p>	<p>навыками взаимодействия в социальной и профессиональной сферах с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами</p>	<p>Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации</p>

4. ОБЪЕМ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы	Всего часов/ зачетных единиц	семестр
		12
		часов
1	2	3
Аудиторные занятия (всего), в том числе:		
Лекции (Л)		

Практические занятия (ПЗ)		96	96
Семинары (С)			
Лабораторные работы (ЛР)			
Самостоятельная работа (СР), в том числе:		48	48
<i>История болезни (ИБ)</i>			
<i>Курсовая работа (КР)</i>			
<i>Тестовые и ситуационные задачи</i>			
<i>Расчетно-графические работы (РГР)</i>			
<i>Подготовка к занятиям (ПЗ)</i>			
Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к промежуточному контролю (ППК) Вид промежуточной аттестации			
	зачет с оценкой	-	зачет с оценкой
	час.	144	144
	ЗЕТ	4	4

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1. Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

№ п/п	Компетенции	Раздел дисциплины	Содержание раздела
1.	ПК-1,2,3,6 УК-9	Диагностика и лечение синдромов острой церебральной недостаточности. Неотложная помощь	Этиология и патогенез острой церебральной недостаточности. Основные причины ОЦН: травма, инфекционное поражение ЦНС, отравления (наркотики, алкоголь, транквилизаторы, органофосфорные соединения, барбитураты, салицилаты, промышленные отходы), метаболические причины, энцефалопатии. Диагностика нарушений сознания с помощью шкалы Глазго и Глазго-Льеж. Диагностика сопутствующих нарушений кровообращения и дыхания. Дифференциальная диагностика основных причин возникновения ОЦН. Основные терапевтические подходы к лечению: с возможностью интракраниального определения ВЧД, без определения интракраниального ВЧД, терапия судорожного синдрома, терапия с использованием системы NUPER. Аппаратура и приспособления для проведения нейроинтенсивной терапии. Анализ диагностического и терапевтического плана лечения больных с ОЦН травматического генеза, как наиболее частой патологии детского возраста.
2.	ПК-1,2,3,6 УК-9	Диагностика и лечение синдромов острой дыхательной недостаточности. Неотложная помощь	Определение острой дыхательной недостаточности. Симптоматика ОДН в зависимости от состояния системы внешнего дыхания. Лабораторная диагностика с помощью газового анализатора. Классификация ОДН. Оценка компенсации и декомпенсации в зависимости от реакции организма на изменение концентрации кислорода и объема вентиляции. <u>Синдром рестриктивной ОДН</u> (обусловлен ограничением дышащей поверхности легких; неотложные состояния: пневмония, ателектаз, коллабирование легкого (пневмо-, пио-, гемо-, гидро, хилоторакс);

			<p><u>Синдром гемической ОДН</u> (обусловлен снижением кислородной емкости крови; неотложные состояния: анемия геморрагическая, гемолитическая, токсическая; характеризуется компенсаторной спонтанной гипервентиляцией и изменением окраски наружных покровов;</p> <p><u>Синдром симптоматической гипервентиляции</u> (обусловлена ацидозом, раздражением ЦНС; неотложные состояния: диабетическая кетоацидотическая кома, уремия, гестоз;</p> <p><u>Синдром циркуляторной ОДН</u> (обусловлен острой недостаточностью кровообращения; неотложные состояния: гиповолемический, плазморрагический, дегидратационный шок, кардиогенный кардиальный и экстракардиальный шок, вазопериферический септический, анафилактический/анафилактоидный и нейрогенный шок;</p> <p><u>Респираторный дистресс-синдром</u> (обусловлен некардиогенным интерстициально-альвеолярным отеком легких с резким снижением продукции сурфактанта и представляет собой системное нарушение из разряда ПОН; неотложные состояния: синдром Мендельсона, септический, анафилактический/анафилактоидный шок, политравма с шоком;</p> <p><u>Синдром обструктивной ОДН</u> (обусловлен обструкцией дыхательных путей; неотложные состояния: острый стеноз гортани, астматический статус;</p> <p><u>Синдром истинной гиповентиляции</u> (обусловлен цереброгенной или периферической миоплегией или миотонией; неотложные состояния: острая органическая, токсическая, метаболическая церебральная недостаточность, периферическая миорелаксация, эпилептический статус;</p> <p>Методы реанимации и интенсивной терапии при острой дыхательной недостаточности (синдром частичной трахеобронхиальной непроходимости, расстройство биомеханики дыхания, патологические состояния легких центрального происхождения и др.).</p> <p>Показания и методика проведения кислородотерапии, гелиотерапии, чрескожной катетеризации трахеи и бронхов, лечебной бронхоскопии.</p> <p>Методика проведения вспомогательной и искусственной вентиляции легких, показания в ее проведении. Искусственная вентиляция легких простейшими методами «рот в рот», «рот в нос», «рот в нос и рот», мешком типа Амбу, мешком и мехом наркозного аппарата.</p> <p>Показания к трахеостомии. Осложнения. Уход за трахеостомой. Гипербарическая оксигенация. Механизмы действия ГБО на организм. Показания и противопоказания к ГБО в реаниматологии.</p> <p>Реанимация и интенсивная терапия при острой дыхательной недостаточности, развившейся вследствие массивной пневмонии, ателектазов легких, некупирующегося приступа бронхиальной астмы, аспирационного синдрома, бронхо- и ларингоспазма, отека подвязочного пространства. Респираторный дистресс-синдром.</p>
3.	ПК-1,2,3,6 УК-9	Диагностика и лечение синдромов острой недостаточности кровообращения. Неотложная помощь	<p>Теоретическая часть (контроль знаний студентов, разбор основных положений темы занятия). Клинические проявления ОНК и основные способы оценки системной гемодинамики (сознание, цвет кожных покровов и слизистых оболочек, микроциркуляция, пульс, артериальное давление, центральное венозное давление, ЭКГ, сердечный выброс, общее периферическое сосудистое сопротивление, диурез, интегральные показатели).</p> <p>Классификация ОНК (коллапс, шок)</p> <p>Практическая часть занятия проводится в отделении анестезиологи-реаниматологии (знакомство с принципами</p>

			<p>работы приборов, применяемых для оценки кровообращения; особенности контроля показателей системной гемодинамики у пациентов различного возраста и патологии, разбор конкретных клинических ситуаций).</p> <p>Теоретическая часть (контроль знаний студентов, разбор основных положений темы занятия).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Шок (определение, стадии). • Гиповолемический шок (причины, принципы лечения). • Кардиогенные шок (причины, принципы лечения). • Вазопериферический шок (причины, принципы лечения). <p>Доступ к сосудистому руслу.</p>
4.	ПК-1,2,3,6 УК-9	Диагностика и лечение синдрома системной воспалительной реакции. Неотложная помощь	<p>Сепсис проявляется местными признаками — в первичном очаге заболевания (например, очищение раны и рост в ней грануляций останавливаются, они выглядят бледными, сухими, с грязно-мутным налётом) и главным образом общими симптомами — головная боль (в тяжёлых случаях — спутанность сознания), повышение температуры тела до 39-40°C с большими суточными колебаниями, прогрессирующее похудание, учащение пульса, снижение артериального давления, тромбозы, отёки, пролежни.</p> <p>Клиническое течение сепсиса может быть молниеносным (бурное развитие проявлений в течение 1-2 суток), острым (до 5-7 суток), подострым и хроническим. Нередко наблюдаются атипичность или «стертость» его симптомов (так, и в разгар болезни может не быть высокой температуры), что связано со значительным изменением болезнетворных свойств возбудителей в результате массового применения антибиотиков. Сепсис может протекать с образованием местных гнойников в различных органах и тканях (занос инфекции из первичного очага) — т. н. септикопиемия, при которой течение сепсиса зависит от расположения гнойников (например, гнойник в мозге с соответствующими неврологическими расстройствами), и без метастатических гнойников — т. н. септицемия, нередко с более бурным течением, резко выраженными общими симптомами. При развитии сепсиса у новорождённых (источник — гнойный процесс в тканях и сосудах пуповины— пупочный сепсис) характерны рвота, понос, полный отказ ребёнка от груди, быстрое похудение, обезвоживание; кожные покровы теряют эластичность, становятся сухими, иногда землистого цвета; нередко определяются местное нагноение в области пупка, глубокие флегмоны и абсцессы различной локализации.</p> <p>При диагностике различают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Синдром системной воспалительной реакции. Характеризуется изменением температуры тела (как в сторону повышения, более 38 °С, так и в сторону понижения — ниже 36 °С), учащенным сердцебиением (более 90 ударов в минуту) и дыханием (более 20 вдохов в минуту), изменением количества лейкоцитов в крови (менее 4×10⁹ или более 12×10⁹ клеток на литр крови). • Сепсис. При тех же симптомах, что и в случае системного воспалительного синдрома, в одной из стерильных в норме тканей (в крови, цереброспинальной жидкости, в моче...) обнаруживают один из известных патогенов, выявляют признаки перитонита, пневмонии, пурпуры и других местных воспалительных процессов. • Тяжелый сепсис. Характеризуется так же, как обычный сепсис, но с гипотензией, гипоперфузией или

			<p>дисфункцией отдельных органов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Септический шок. Наиболее тяжелое состояние, после которого у каждого второго больного из-за нарушения кровоснабжения органов и тканей наступает смерть [3]. Определяется теми же симптомами, что и сепсис, когда интенсивные реанимационные мероприятия не приводят к нормализации кровотока и уровня артериального давления. Другими признаками септического шока являются замедление образования мочи и спутанность сознания.
5.	ПК-1,2,3,6 УК-9	Драматические состояния. Неотложная помощь	<p>Первая помощь при драматических состояниях: утоплении, удушении, электротравме, укусе ядовитых животных и насекомых, отравлении. Понятие о детоксикации, в том числе, инструментальной и аппаратной (промывание желудка, сифонная клизма, гемосорбция, плазмоферез и т.д.). Разбор клинических случаев и задач.</p> <p>Послереанимационная болезнь: диагностика успешности реанимации, шкалы неврологического восстановления (шкала комы Глазго и шкала Глазго по исходам), понятие о церебропротекции (в том числе, аппаратной ИВЛ и оксигенотерапии), простейшие клинические критерии адекватности функций дыхания и кровообращения (в том числе коэффициенты и индексы, основанные на подсчете ЧД, ЧСС, измерении АД, диуреза и т.д.). Принцип устройства и работы аппарата ИВЛ.</p>
6.	ПК-1,2,3,6 УК-9	Отработка навыков оказания неотложной помощи в фантомном центре.	<p>Основные принципы сердечно-легочной реанимации</p> <p>В первую очередь определяется наличие сознания, оценивается реакция пациента на обращение.</p> <p>Прекращение сердечной деятельности диагностируется по отсутствию пульсации на сонных артериях и выслушиваемых тонов сердца в течение 5 с. Пульс на сонной артерии определяют следующим образом: указательный и средний пальцы накладываются на адамово яблоко и легко прижимая, продвигают их в бок, пульс определяется в ямке между боковой поверхностью гортани и мышечным валиком на боковой поверхности шеи.</p> <p>Электрокардиографически у больных, находящихся на кардиомониторе в этот период, обычно определяется фибрилляция желудочков, т.е. электрокардиографическое проявление сокращений отдельных мышечных пучков миокарда, либо резкая (терминальная) брадиаритмия с грубой деформацией желудочковых комплексов, либо регистрируется прямая линия, свидетельствующая о полной асистолии. В случаях фибрилляции желудочков и терминальной брадиаритмии эффективных сокращений сердца тоже нет, т.е. имеется остановка кровообращения.</p> <p>Отсутствие эффективного дыхания диагностируется просто: если за 10-15 с наблюдения не удастся определить явных и координированных движений грудной клетки, нет шума выдыхаемого воздуха и ощущения движения воздуха, самостоятельное дыхание следует считать отсутствующим.</p> <p>Агональные судорожные вдохи не обеспечивают эффективную вентиляцию легких и не могут быть расценены как самостоятельное дыхание.</p> <p>Основными реанимационными мероприятиями являются массаж сердца и искусственная вентиляция легких. Последовательность действий оказывающего помощь, согласно рекомендациям Американской ассоциации кардиологов.</p>

5.2. Разделы учебной дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы контроля

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Л	ПЗ		СР	Всего часов
			в т.ч. ТП (теоретическая подготовка)	в т.ч. ПП (практическая подготовка)		
1.	Диагностика и лечение синдромов острой церебральной недостаточности. Неотложная помощь		8	8	8	24
2.	Диагностика и лечение синдромов острой дыхательной недостаточности. Неотложная помощь		8	8	8	24
3.	Диагностика и лечение синдромов острой недостаточности кровообращения. Неотложная помощь		8	8	8	24
4.	Диагностика и лечение синдрома системной воспалительной реакции. Неотложная помощь		8	8	8	24
5.	Драматические состояния. Неотложная помощь		8	8	8	24
6.	Отработка навыков оказания неотложной помощи в фантомном центре.		8	8	8	24
ВСЕГО:			48	48	48	144

5.8. Распределение самостоятельной работы обучающихся (СРО) по видам и семестрам

№	Наименование вида СРО	семестр
		12
1.	Написание курсовой работы	
2.	Подготовка мультимедийных презентаций	
3.	Подготовка к участию в занятиях в интерактивной форме (дискуссии, ролевые игры, игровое проектирование)	
4.	Самостоятельное решение ситуационных задач	
5.	Работа с электронными образовательными ресурсами, размещенными на сайте http://www.historymed.ru	48
ИТОГО в часах:		48

7. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРОГРАММНЫЕ СРЕДСТВА

Использование мультимедийного комплекса в сочетании с лекциями и практическими занятиями, решение ситуационных задач, обсуждение рефератов, сбор

«портфолио». Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 30 % от аудиторных занятий.

Информационные технологии, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю) включают программное обеспечение и информационные справочных системы.

Информационные технологии, используемые в учебном процессе:

http://www.historymed.ru/training_aids/presentations/

- Визуализированные лекции
- Конспекты лекций в сети Интернет
- Ролевые игры
- Кейс – ситуации
- Дискуссии
- Видеофильмы

Программное обеспечение

Для повышения качества подготовки и оценки полученных компетенций часть занятий проводится с использованием программного обеспечения:

Операционная система Microsoft Windows

Пакет прикладных программ Microsoft Office: PowerPoint, Word

8. ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Коллоквиум, контрольная работа, индивидуальные домашние задания, курсовая работа, эссе.

9. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Зачет с оценкой.

10. РАЗДЕЛЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ С ДИСЦИПЛИНАМИ

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Формирование общих и профессиональных компетенций	+	+	+	+				
2.	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности на должностях младшего медицинского персонала	+	+	+	+				
3.	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности на должностях среднего медицинского персонала (помощник палатной медицинской сестры)	+	+	+	+				
4.	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности на должностях среднего медицинского персонала (помощник процедурной медицинской сестры)	+	+	+	+				

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ
за 2022/2023 учебный год

В рабочую программу по дисциплине:

«Практика по неотложным медицинским манипуляциям»
(наименование дисциплины)

для специальности

Лечебное дело, 31.05.01
(наименование специальности, код)

Изменения и дополнения в рабочей программе в 2022/2023 учебном году:

Составитель: к.м.н., доцент

Зав. кафедрой

доцент, д.м.н.

Д.В.Заболотский

Раздел 2

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ на 2021 – 2022 учебный год

По дисциплине «Практика по неотложным медицинским манипуляциям»
(наименование дисциплины)

Для специальности Лечебное дело, 31.05.01
(наименование и код специальности)

Код направления подготовки	Курс	Семестр	Число студентов	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обучающегося		
31.05.01	6	12	113	Основная литература: 1. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. И. Л. Давыдкина, Ю. В. Щукина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 688 с.: ил. 2. Поликлиническая терапия: учебник / Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с. 3. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе: учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова [и др.] / под ред. А. Л. Вёрткина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 544 с. 4. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с.	ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ.			
				Всего студентов	113	Всего экземпляров		
						Дополнительная литература: 1. Основы ухода за хирургическими больными: учебное пособие / А.А. Глухов, А.А. Андреев, В.И. Болотских. 2015. - 288 с. 2. Электронное издание на основе: Медицинские манипуляции / под ред. С.В. Гуляева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 152 с. 3. Клинический уход за хирургическими больными. "Уроки доброты": учеб. пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 416 с., ил. 4. Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс] / Булатов С.А., Анисимов О.Г., Абдулганиева Д.И., Ахмадеев Н.Р., Биккинеев Ф.Г., Горбунов В.А., Орлов Ю.В., Петухов Д.М., Садыкова А.Р., Саяпова Д.Р. - Казань: Казанский ГМ. 5. Медицинская документация: учетные и отчетные формы / Р.А. Хальфин, Е.В. Огрызко, Е.П. Какорина, В.В. Мадыянова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 64 с.	ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ.	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ ЛИЦЕНЗИОННОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
на 2021 – 2022 учебный год

По дисциплине «Практика по неотложным медицинским манипуляциям»
(наименование дисциплины)

Для специальности Лечебное дело, 31.05.01
(наименование и код специальности)

1. Windows Server Standard 2012 Russian OLP NL Academic Edition 2 Proc;
2. Windows Remote Desktop Services CAL 2012 Russian OLP NL Academic Edition Device CAL (10 шт.);
3. Desktop School ALNG Lic SAPk MVL A Faculty (300 шт.);
4. Dream Spark Premium Electronic Software Delivery (1 year) Renewal (1 шт.);
5. Dr. Web Desktop Security Suite Комплексная защита с централизованным управлением – 450 лицензий;
6. Dr. Web Desktop Security Suite Антивирус с централизованным управлением – 15 серверных лицензий;
7. Lync Server 2013 Russian OLP NL Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
8. Lync Server Enterprise CAL 2013 Single OLP NL Academic Edition Device Cal (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
9. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
10. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
11. ABBYY Fine Reader 12 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
12. Chem Office Professional Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
13. Chem Craft Windows Academic license (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
14. Chem Bio Office Ultra Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
15. Statistica Base for Windows v.12 English / v. 10 Russian Academic (25 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно.
16. Программный продукт «Система автоматизации библиотек ИРБИС 64» Срок действия лицензии: бессрочно.
17. Программное обеспечение «АнтиПлагиат» с 07.07.2021 г. по 06.07.2022 г.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

По дисциплине «Практика по неотложным медицинским манипуляциям»
(наименование дисциплины)

Для специальности Лечебное дело, 31.05.01
(наименование и код специальности)

БАНК КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ И ВОПРОСОВ (ТЕСТОВ) ПО ОТДЕЛЬНЫМ ТЕМАМ И В ЦЕЛОМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ заданий в тестовой форме (тестов)

Раздел 1

018. Различают уровни деонтологической проблемы
- индивидуальный
 - коллективный
 - государственный
 - глобальный
 - все перечисленное
020. Организация скорой медицинской помощи строится на принципах:
- минимальные затраты времени на оказание необходимой медицинской помощи с момента травмы или заболевания на догоспитальном этапе
 - оказание своевременной специализированной помощи прежде всего тяжелому контингенту больных и пострадавших на догоспитальном этапе
 - обеспечение преемственности на догоспитальном этапе и в специализированных центрах
- верны все ответы
 - правильного ответа нет
 - верно все, кроме 1
 - верно все, кроме 2
 - верно все, кроме 3
023. Палаты для реанимации и интенсивной терапии организуются в областных больницах
- на 500 и более коек, при наличии в больнице не менее 70 коек хирургического профиля
 - на 200 и более коек, при наличии в больнице не менее 60 коек хирургического профиля
 - для взрослых и детей независимо от мощности
031. В детской больнице в хирургических отделениях на 80 коек предусмотрено
- 2 должности анестезиолога-реаниматолога
 - 1 должность
 - 4.75 должностей
 - 0.8 должности

Ответы на вопросы к разделу 1

- 018 – г
020 – а
023 – в

Раздел 2
ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

003. Кровоснабжение гортани осуществляется
- а) через верхнюю и нижнюю щитовидную железу
 - б) через верхнюю и нижнюю гортанные артерии
 - в) через наружную каротидную артерию
 - г) через внутреннюю каротидную артерию
 - д) правильно в) и г)
007. Приводящими мышцами при ларингоспазме являются
- а) перстневидно-щитовидная, перстневидно-черпаловидная и межчерпаловидная
 - б) платизма, перстневидно-щитовидная и кивательная
 - в) щитовидно-черпаловидная, задняя, черпаловидная и констрикторы глотки
 - г) дельтовидная, большая грудная и двубрюшная
 - д) щитовидная, перстневидно-щитовидная и черпаловидная
011. Расстояние от резцов до голосовой щели у взрослого мужчины составляет
- а) 13-14 см
 - б) 18-20 см
 - в) 24-26 см
 - г) 30-32 см
014. Если интубационную трубку ввели на глубину 28 см, то ее дистальный конец предположительно будет расположен
- а) в трахее
 - б) на бифуркации
 - в) в правом главном бронхе
 - г) в левом главном бронхе
017. Рвотный центр располагается
- а) в базальном ганглии
 - б) в центральной извилине
- в) в мозжечке
- г) в продолговатом мозге, в нижней части оливкового ядра
 - д) в продолговатом мозге, в области солитарного пучка и прилежит к латеральной части ретикулярной формации
023. В левом легком имеется
- а) 10 сегментов
 - б) 9 сегментов
 - в) 8 сегментов
 - г) 7 сегментов
 - д) 6 сегментов
026. Какое из утверждений неправильно?
- а) слизистая оболочка трахеи, бронхов и бронхиол выстлана мерцательным эпителием
 - б) стенка альвеолы выстлана однослойным плоским эпителием
 - в) в стенке дыхательных бронхиол имеются хрящевые полукольца
 - г) снаружи альвеолы окружены густой сетью капилляров
030. Подключичные вены расположены
- а) кзади от артерии
 - б) над артерией
 - в) кзади и над артерией
 - г) кпереди и книзу от артерии

д) параллельно артериям

034. Бедренная артерия

- а) лежит снаружи от бедренной вены
- б) проходит в бедренном треугольнике
- в) является продолжением наружной подвздошной артерии
- г) переходит на переднюю поверхность голени
- д) правильно а), б) и в)

047. Какие симптомы, возникающие при блокаде звездчатого ганглия, относятся к синдрому Горнера?

- а) ангидроз
- б) птоз и миоз
- в) экзофтальм
- г) слезотечение
- д) повышение температуры

Ответы на вопросы к разделу 2

003 – б 023 – б

007 – а 026 – в

011 – а 030 – г

014 – в 034 – д

017 – д 047 – б

Раздел 3

КЛИНИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ И БИОХИМИЯ

002. Главными отличиями

парасимпатической нервной системы от симпатической являются

- а) экстрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только холинергической природы, быстрое наступление эффекта после начала раздражения, длительный эффект действия
- б) интрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только адренергической природы, быстрое наступление эффекта после начала раздражения, длительный эффект действия
- в) интрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только холинергической природы, быстрое наступление эффекта после начала раздражения, кратковременный эффект действия
- г) интрамуральное расположение ганглиев, наличие медиаторов только адренергической природы, медленное наступление эффекта после начала раздражения, кратковременный эффект действия

005. При возбуждении симпатического отдела вегетативной нервной системы отмечается

- а) сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, понижение артериального давления, гипогликемия и ослабление моторики тонкого кишечника
- б) расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, гипогликемия, усиление моторики тонкого кишечника
- в) сужение зрачка, замедление сердечных сокращений, понижение артериального давления, гипергликемия и ослабление моторики тонкого кишечника
- г) расширение зрачка, учащение сердечных сокращений, повышение артериального давления, гипергликемия и ослабление моторики тонкого кишечника

008. Преганглионарные окончания симпатических нервных волокон выделяют

- а) адреналин

- б) ацетилхолин
 - в) норадреналин
 - г) симпатин Е и I
015. Сознательное ощущение боли
- а) невозможно после удаления соматической чувствительности коры головного мозга
 - б) может произойти при электрическом раздражении коры головного мозга в эксперименте
 - в) полностью корковая деятельность
 - г) находится в подкорковых структурах
 - д) ничего из перечисленного
017. Ацетилхолинэстераза
- а) имеется в окончаниях холинэргических нервов
 - б) содержит ацетилхолин
 - в) имеется в больших количествах в эритроцитах
 - г) наиболее эффективна, когда ацетилхолина мало
 - д) ничто из перечисленного
023. Если первые волокна группируются, как А, В, С на основе их диаметра и скорости проводимости, то волокна С
- а) обладают скоростью 2 м/с или меньше и имеют около 2 м в диаметре
 - б) обладают скоростью проводимости 15-20 м/с
 - в) обладают скоростью 25-100 м/с и имеют диаметр 10-20 м
029. Венозный возврат крови зависит от:
- 1) объема циркулирующей крови
 - 2) внутригрудного давления
 - 3) положения тела
 - 4) изменения тонуса вен
 - 5) тонуса скелетных мышц
- а) верны все положения
 - б) верно все, кроме 1, 2
 - в) верно все, кроме 3, 5
 - г) верно только 1, 2 и 4
 - д) верен лишь 1
033. Сердечный выброс зависит:
- 1) от частоты сердечных сокращений
 - 2) от ударного объема сердца
 - 3) от вязкости крови
 - 4) от венозного возврата крови
 - 5) от сократительности сердечной мышцы
 - 6) от объема циркулирующей крови
 - 7) от ОПС
- а) верны все положения
 - б) верны все, кроме 1, 2
 - в) верны все, кроме 4, 5
 - г) верны только 1, 2, 5
 - д) верны только 3, 4, 6, 7
036. Рефлекторное раздражение вагуса проявляется
- а) брадикардией и повышением АД
 - б) брадикардией и снижением АД
 - в) тахикардией и гипотонией
 - г) тахикардией и гипертонией
 - д) брадикардией и повышением диастолического давления
041. В любую данную минуту самый большой объемный кровоток
- а) в артериях
 - б) в венах
 - в) в мелких артериях

- г) в капиллярах
- д) правильного ответа нет

Ответы на вопросы к разделу 3

- 002 – в 023 – а
- 005 – г 029 – а
- 008 – б 033 – д
- 015 – б 036 – б
- 017 – д 041 – д

Раздел 4 КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

001. Закись азота обладает:

- 1) хорошим анальгетическим действием
 - 2) не оказывает токсического влияния на миокард
 - 3) не вызывает токсического действия на костный мозг
 - 4) не опасна с кислородом в соотношении 4:1
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 3
 - д) верно все, кроме 4

006. ГОМК:

- 1) является препаратом антигипоксического действия
 - 2) опасно применять при гиперкалиемии
 - 3) не обладает токсическим действием
 - 4) при выходе из наркоза исключает возбуждение
 - 5) при применении характерны тошнота и рвота
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 1, 3
 - в) правильно 2, 4
 - г) правильно 2, 5
 - д) правильно 4, 5

011. Псевдохолинэстеразой крови разрушаются

- а) ардуан
- б) D-тубокурарин
- в) сукцинилхолин
- г) павулон
- д) парамион

014. Проведение декураризации при применении мышечных релаксантов целесообразно

- а) при неполном нарушении нервно-мышечной проводимости и появлении самостоятельного дыхания
- б) при полной блокаде нервно-мышечной проводимости
- в) через 20 минут при невосстановлении спонтанной вентиляции
- г) сразу же по окончании наркоза независимо от степени восстановления спонтанного дыхания

031. Антагонистами наркотических анальгетиков являются:

- 1) бемеград
 - 2) налорфин
 - 3) налоксон
 - 4) лексир
 - 5) кордиамин
- а) правильно 1, 2 и 3
 - б) правильно 2, 3 и 4
 - в) правильно 2, 4 и 5
 - г) правильно 3, 4 и 5
 - д) все ответы правильны

035. Седуксен вызывает:
- 1) улучшение микроциркуляции
 - 2) повышение ударного объема сердца
 - 3) уменьшение сердечного выброса
 - 4) снижение артериального давления
 - 5) ухудшение коронарного кровообращения
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 2, 3
 - в) правильно 3, 4
 - г) правильно 4, 5
 - д) все ответы правильны
056. Парез аккомодации и мидриаз вызывают:
- 1) атропин
 - 2) скополамин
 - 3) арфонад
 - 4) нитропруссид натрия
 - 5) имехин
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 1, 3
 - в) правильно 1, 4
 - г) правильно 3, 5
 - д) все ответы правильны
075. Скорость введения лидокаина внутривенно не должна превышать
- а) 20 мг/кг в час
 - б) 40 мг/кг в час
 - в) 80 мг/кг в час
 - г) 200 мг/кг в час
083. Осмодиуретическим действием обладает все перечисленное, кроме
- а) глицерина
 - б) гипертонической сухой плазмы
 - в) гипертонического раствора
 - г) глюкозы 20%, переливаемой со скоростью 0.5 г/кг в час
098. Наиболее сильно истощает гликогеновое депо в печени
- а) эфир
 - б) хлороформ
 - в) фторотан
 - г) этран
 - д) барбитураты

Ответы на вопросы к разделу 4

- 001 – а 035 – в
 006 – б 056 – г
 011 – в 075 – в
 014 – а 083 – г
 031 – б 098 – а

Раздел 5
ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

004. В 40-литровом баллоне 150 атм. кислорода.
 При газотоке 2 л/мин его хватит
- а) на 20 ч
 - б) на 50 ч
 - в) на 30 ч
 - г) на 100 ч
 - д) на 10 ч
012. Для профилактики накопления статического электричества в операционной необходимо
- а) антистатические свойства резиновых изделий

- б) заземление наркозного аппарата и операционного стола
 - в) анестезиологическая одежда и обувь не должны быть из синтетических материалов
 - г) обязательно необходимо снимать статическое электричество с персонала путем соприкосновения с заземленными предметами
 - д) все ответы правильны
017. В ампуле емкостью 2 мл содержится 1% лидокаина, 5% эфедрина. В этом случае количество эфедрина, содержащегося в ампуле, составляет
- а) 300 мг
 - б) 120 мг
 - в) 100 мг
 - г) 500 мг
 - д) 600 мг
031. Эфир оказывает на нервно-мышечные функции следующие эффекты:
- 1) курареподобное действие
 - 2) усиливает действие недеполяризующих мышечных релаксантов
 - 3) вызывает криз злокачественной гипертермии у чувствительных лиц
 - 4) вызывает сокращение миометрия матки
- а) все утверждения верны
 - б) правильны 1, 2 и 3
 - в) правильны 1, 2 и 4
 - г) правильны 2, 3 и 4
 - д) правильны 1, 3 и 4
040. Поглощение CO₂ в цилиндре с натронной известью достигает
- а) 30%
 - б) 40%
 - в) 50%
 - г) 65%
 - д) 90%
053. Фторотан можно использовать в современной клинической анестезиологии в виде:
- 1) мононаркоза
 - 2) компонента комбинированной анестезии
 - 3) через маску в сочетании с закисью азота
 - 4) в виде азеотропной смеси с эфиром
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 2, 3
 - в) правильно 3, 4
 - г) правильно 1, 4
 - д) все утверждения верны
063. Противопоказаниями к наркозу фторотаном являются:
- 1) предрасположенность к злокачественной гипертермии
 - 2) исходные нарушения функции печени
 - 3) артериальная гипотензия и шок
 - 4) операция кесарева сечения
- а) правильны все ответы
 - б) правильны 1, 2, 3
 - в) правильны 2, 3, 4
 - г) правильны 1, 2, 4
 - д) правильны 1, 3, 4
077. Глубокий наркоз фторотаном достигается при ингаляции
- а) 0.4 об.%
 - б) 0.8 об.%
 - в) 1.0-1.2 об.%
 - г) 1.5-2.0 об.%
085. Фентанил может вызвать все перечисленное, кроме
- а) депрессии дыхания

- б) брадикардии
- в) ригидности скелетной мускулатуры
- г) длительности аналгезии
- д) рвоты

104. Качественные изменения деятельности почек при разных уровнях эпидуральной анестезии
- а) однотипны
 - б) разные
 - в) зависят от гемодинамики

Ответы на вопросы к разделу 5

- 004 – б 053 – д
 012 – д 063 – б
 017 – в 077 – г
 031 – б 085 – г
 040 – в 104 – а

Раздел 6
**АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
 В ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

005. Тонус кардиального жома снижается от следующих препаратов, кроме
- а) барбитуратов, кетамина
 - б) теофиллина, никотина
 - в) изопроterenола
 - г) эдрофония, прозерина
015. Наиболее опасными в плане развития инфарктоподобных состояний в послеоперационном периоде у больных механической желтухой и холециститом являются
- а) 1-е сутки
 - б) 2-е сутки
 - в) 3-и сутки
 - г) 6-е сутки
 - д) 8-е сутки
024. Антиспастическое действие на желчные и панкреатические протоки оказывает
- а) витамин А
 - б) витамин С
 - в) витамин В₁
 - г) витамин В₂
 - д) витамин В₆
036. Во второй фазе токсемии при панкреонекрозе наблюдается олигурия
- а) преренальная
 - б) ренальная
 - в) постренальная
047. Токсическая фаза перитонита при прободении язвы желудка характеризуется:
- 1) брадикардией
 - 2) увеличением МОС
 - 3) снижением ОПС
 - 4) снижением работы левого желудочка
 - 5) одышкой
- а) правильны 1, 2
 - б) правильны 2, 3
 - в) правильны 3, 5
 - г) правильны 2, 5
 - д) правильны 4, 5

051. Гиповолемиа во второй фазе перитонита у больных с прободной язвой желудка развивается в результате:
- 1) рвоты
 - 2) пропотевания жидкой части крови в просвет кишечника
 - 3) пропотевания жидкой части крови в брюшную полость
 - 4) скопления жидкости в стенке тонкой кишки
 - 5) усиленного выделения гиперацидного желудочного сока
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
064. Основным механизмом рвоты при кишечной непроходимости различной этиологии является:
- 1) раздражение блуждающего нерва
 - 2) раздражение интерорецепторов внутренних органов брюшной полости и забрюшинного пространства
 - 3) раздражение симпатической нервной системы
 - 4) повышение давления в петлях кишки
 - 5) интоксикация
- а) правильно 1, 2
 - б) правильно 1, 3
 - в) правильно 3, 4
 - г) правильно 2, 5
 - д) правильно 2, 4
071. Основными задачами анестезиолога при ведении больного с ущемленной грыжей, являются:
- 1) борьба с болевым шоком
 - 2) коррекция водно-электролитных нарушений
 - 3) дезинтоксикационная терапия
 - 4) профилактика аспирации
 - 5) профилактика острой дыхательной недостаточности
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5
082. Развитию острой недостаточности дыхания в послеоперационном периоде способствуют
- а) отсутствие периодических глубоких вдохов при ИВЛ
 - б) рефлекторные влияния с операционного поля
 - в) нефизиологические эффекты ИВЛ
 - г) гипокалиемиа
 - д) неподвижное положение больного на операционном столе
085. Потеря воды организмом с избыточным выведением натрия наблюдается при всем перечисленном, кроме
- а) осмотического диуреза
 - б) повышенной потливости
 - в) недостаточного потребления воды
 - г) повышенной секреции антидиуретического гормона

Ответы на вопросы к разделу 6

- 005 – г 051 – а
 015 – в 064 – б
 024 – в 071 – а
 036 – б 082 – а
 047 – г 085 – г

003. Объем циркулирующей крови (ОЦК) с возрастом
- уменьшается
 - увеличивается
 - остаётся неизменным
009. Количество местного анестетика, используемого для блокады переломов костей на фоне травматического шока по сравнению с обычной дозировкой должно быть
- уменьшено
 - увеличено
 - существенно не меняется
018. Раствор барбитуратов следует вводить пожилым пациентам медленно из-за:
- сниженной лекарственной метаболизирующей функции печени
 - угнетения функции миокарда
 - замедленного кровотока
 - замедленного распределения анестетика
- верны все
 - верны все, кроме 1
 - верны все, кроме 2
 - верны все, кроме 3
022. Гипотензивный эффект ганглиолитиков у пожилых пациентов
- более выражен
 - менее выражен
 - отсутствует
030. При выборе веществ для общего обезболивания при травматическом шоке учитывают в первую очередь влияние
- на дыхание
 - на гемодинамику
 - на эндокринную систему
 - на центральную нервную систему
 - на свертывающую систему
036. Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она
- не вызывает снижения АД
 - дает длительное обезболивание
 - ликвидируя боль, не смазывает клинической картины
038. Ожоги верхних конечностей составляют от всей поверхности тела (по "правилу девяток")
- 30%
 - 26%
 - 18%
 - 9%
042. При лечении ожогового шока приблизительное состояние коллоидов и кристаллоидов составляет
- 3:1
 - 1:1
 - 2:1
 - 1:2
043. В первые часы ожогового шока переливать кровь
- не следует
 - целесообразно в количестве до 500 мл свежесконсервированной крови
 - целесообразно свежесцитратную кровь в количестве до 1000 мл
 - целесообразно взвесить эритроцитов
044. Лечение олиго- или анурии включает все перечисленное, кроме
- проведения адекватной гидратации
 - поддержания нормального водно-электролитного баланса
 - внутривенного введения маннитола
 - переливания крови

Ответы на вопросы к разделу 7

- 003 – б 036 – в
009 – а 038 – б
018 – а 042 – в
022 – а 043 – а
030 – б 044 – г

Раздел 8

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В УРОЛОГИИ И НЕФРОЛОГИИ

004. Нормальная величина почечного кровотока у взрослого человека составляет в среднем
- 1600 мл/мин
 - 1100 мл/мин
 - 800 мл/мин
 - 600 мл/мин
 - 400 мл/мин
007. Упрощенный способ определения скорости клубочковой фильтрации сводится к определению концентрации
- креатинина в плазме
 - мочевины
 - остаточного азота в крови
 - все ответы правильны
 - правильно ответа нет
013. Для больных в терминальной стадии ХПН уровень гемоглобина обеспечивает достаточный транспорт кислорода в ткани, равный
- ниже 60 г/л
 - 80 г/л
 - 100 г/л
 - 120 г/л
 - 150 г/л
021. Для обеспечения транспорта кислорода к тканям концентрация гемоглобина в послеоперационный период должна составлять
- 60 г/л
 - 80 г/л
 - 100 г/л
 - 120 г/л
 - 140 г/л
024. При урологических заболеваниях чаще возникает форма острой почечной недостаточности
- постренальная
 - ренальная
 - преренальная
027. У больного с острой почечной недостаточностью в стадии анурии анестезиологическими проблемами являются:
- 1) нарушение водно- и азотовыделительной функции почек (аутоинтоксикация, гидратация, гиперазотемия)
 - 2) расстройство нормотерапии (гипер- или гипотония)
 - 3) нарушения электролитного обмена (гиперкалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия, гипохлоремия)
 - 4) нарушения КЩС (метаболический ацидоз)
 - 5) нарушения эритропоэза (анемия)
 - 6) осмотическая гипотония
 - 7) нарушения кровообращения (сердечная недостаточность, аритмия, гиперволемиа)
 - 8) нарушения дыхания (отек легких, пневмонии, ателектазы, гиперпноэ)
 - 9) снижение функции печени
 - 10) расстройства углеводного, жирового, белкового обмена
- а) верно все

- б) верно все, кроме 1, 2
- в) верно все, кроме 4, 5
- г) верно лишь 6, 7
- д) верно лишь 9, 10

048. В тех случаях, когда трудно решить, сохранилась ли клубочковая фильтрация, вначале применяют небольшие дозы
- а) маннитола
 - б) фуросемида
 - в) эуфиллина
061. При операциях промежности, мочевом пузыре, предстательной железе, камнях нижней и средней трети мочеточников наиболее показаны
- а) эпидуральная и спинальная анестезия
 - б) внутривенная анестезия со спонтанным дыханием
 - в) местная анестезия
067. Антибиотики: аминогликозиды, гентомицин, цепадин, кефзол, цефалоридин
- а) могут вызвать токсическое поражение почек
 - б) не ведут к нефротоксическому поражению
 - в) могут вызвать умеренное токсическое действие на почки
080. Фуросемид в фазе повреждения почек при острой почечной недостаточности (ОПН) применяют
- а) при отрицательной пробе с маннитолом
 - б) при гипергидратации
 - в) при отеке легких
 - г) при всем перечисленном

Ответы на вопросы к разделу 8

- 004 – б 027 – а
 007 – а 048 – б
 013 – б 061 – а
 021 – б 067 – а
 024 – а 080 – г

Раздел 9

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ХИРУРГИИ СЕРДЦА, МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ И ЛЕГКИХ

008. Зондирование сердца у взрослых больных предпочтительнее производить
- а) под местной анестезией
 - б) введением калипсола
 - в) введением реланиума
 - г) введением барбитуратов
 - д) общей комбинированной анестезией
015. Лечение сердечной недостаточности включает все перечисленное, кроме
- а) постельного режима
 - б) применения сердечных гликозидов
 - в) применения диуретиков
 - г) ограничения потребления калия
020. При каком из следующих видов аритмий эффективно введение калия?
- а) при желудочковой тахикардии
 - б) при узловой тахикардии
 - в) при желудочковой экстрасистолии
 - г) при суправентрикулярных нарушениях ритма
 - д) при всех перечисленных нарушениях ритма
030. При повороте пациента из положения на спине в боковое положение поглощение кислорода со стороны нижележащего легкого
- а) уменьшается на 15-30%

- б) увеличивается на 15-30%
- в) не изменяется
- г) слегка увеличивается
- д) слегка уменьшается

036. У пациента в состоянии астматического приступа угрожающими признаками являются

- а) обструкция бронхиол
- б) рН ниже 7.4
- в) цианоз
- г) повышение РаСО₂
- д) все ответы правильны

038. При выраженном фиброзе легких наблюдается все перечисленное, кроме

- а) легочной гипертензии
- б) гипотонии
- в) тахикардии
- г) брадикардии

047. У больных с новообразованиями легких гипокалиемия плазмы обусловлена

- а) высокой кумуляцией калия опухолью
- б) наличием метаболического алкалоза
- в) наличием метаболического ацидоза
- г) большой потерей калия с мокротой
- д) правильно а) и б)

055. При бронхоскопии для анестезии слизистых дыхательных путей используют:

- 1) 10-15% раствор кокаина,
- 2) 1-3% раствор докаина,
- 3) 10% раствор новокаина,
- 4) 1-3% раствор дикаина + 10% раствор новокаина,
- 5) 10% раствор лидокаина
- а) все ответы правильны
- б) правильны, кроме 1
- в) правильны, кроме 1, 4
- г) правильны, кроме 2, 3

068. Гипотермия обычно вызывает

- а) повышение растворимости газов в плазме
- б) увеличение сопротивления в сосудах мозга
- в) уменьшение сопротивления в сосудах мозга
- г) правильно а) и б)
- д) правильно а) и в)

084. После операции на "открытом" сердце наиболее частыми осложнениями являются

- а) гемолиз
- б) нарушение ритма
- в) нарушения свертываемости крови
- г) развитие постперфузионного синдрома
- д) все ответы правильны

Ответы на вопросы к разделу 9

- 008 – а 038 – г
- 015 – г 047 – д
- 020 – д 055 – в
- 030 – б 068 – г
- 036 – д 084 – д

И ХИРУРГИИ ЛОР-ОРГАНОВ

001. При обследовании больных с флегмонами челюстно-лицевой области анестезиолога прежде всего интересует:
- 1) состояние водно-солевого обмена
 - 2) состояние сердечно-сосудистой системы
 - 3) кислотно-щелочное состояние
 - 4) степень раскрытия рта
 - 5) проходимость дыхательных путей и состояние дыхания
- а) все ответы правильны
б) все ответы правильны, кроме 1, 2
в) все ответы правильны, кроме 4, 5
г) все ответы правильны, кроме 1, 2, 3
д) все ответы правильны, кроме 2, 3, 4
003. При внутриротовой операции возможно проведение анестезии без интубации трахеи
- а) тиопенталом натрия
 - б) кетамин
 - в) ГОМК
 - г) НЛА + седуксеном
 - д) гексеналом
011. У больных, оперируемых по поводу хемодентом каротидного гломуса, опухолей верхней и нижней челюстей, ангиофибром носоглотки, методом выбора является
- а) местная анестезия
 - б) ингаляционный масочный наркоз
 - в) эндотрахеальный наркоз
 - г) местная анестезия с НЛА
 - д) местная анестезия с атаралгезией
014. При выраженном стенозе гортани в премедикацию включают
- а) атропин
 - б) промедол
 - в) димедрол
 - г) пипольфен
 - д) фентанил
024. Показаниями к трахеостомии у больных с челюстно-лицевой патологией являются:
- 1) рубцовые изменения передней поверхности шеи
 - 2) полная невозможность открыть рот
 - 3) недоразвитие нижней челюсти
 - 4) невозможность обеспечения адекватной вентиляции в послеоперационном периоде
 - 5) флегмоны дна полости рта
- а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 1 и 3
д) правильно 4 и 5
027. Для метода интубации сверхтонкими трубками сохраняется опасность
- а) максимального сопротивления к выдоху
 - б) гиповентиляции
 - в) гиперкапнии
 - г) обструкции от перегиба трубки
 - д) все ответы правильны
030. У больного раком гортани планируется выполнить ИВЛ. Это целесообразно сделать:
- 1) через заранее наложенную под местной анестезией трахеостому
 - 2) через трахеостому, наложенную под местной анестезией на операционном столе непосредственно перед операцией
 - 3) наотрахеальным методом
 - 4) назофарингеальным методом

- 5) инъекционным методом
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 1 и 3
- в) правильно 2 и 4
- г) правильно 3 и 5
- д) правильно 4 и 5

031. В приемное отделение доставлен больной 20 лет с ранением передней поверхности шеи. Заторможен. Цианотичен. Выраженные признаки кровопотери. Дефект трахеи в ране.

Ему необходимо провести:

- 1) интубацию трахеи оротрахеальным путем
- 2) интубацию трахеи через дефект трахеи
- 3) интубировать больного в присутствии хирурга (возможно усиление кровотечения)
- 4) провести противошоковые мероприятия
- 5) санацию трахеи и бронхиального дерева
- а) все ответы правильны
- б) правильно все, кроме 1
- в) правильно все, кроме 2
- г) правильно все, кроме 3
- д) правильно все, кроме 5

033. В стоматологической поликлинике используют следующие основные методы общей анестезии:

- 1) масочный наркоз
- 2) внутривенный наркоз
- 3) назофарингеальный наркоз
- 4) эндотрахеальный наркоз
- а) все ответы правильны
- б) правильно все, кроме 1
- в) правильно все, кроме 2
- г) правильно все, кроме 3
- д) правильно все, кроме 4

034. В условиях стоматологической поликлиники наиболее широко используются анестетики:

- 1) фторотан
- 2) пентран
- 3) кетамин
- 4) гексенал
- 5) сомбревин
- б) комбинация кетамина и сомбревина
- а) правильно 1, 2 и 3
- б) правильно 2, 3 и 4
- в) правильно 1, 2, 5 и 6
- г) правильно 3, 4, 5
- д) правильно 2, 4 и 5

Ответы на вопросы к разделу 10

- 001 – в 027 – д
- 003 – б 030 – а
- 011 – в 031 – б
- 014 – а 033 – д
- 024 – а 034 – в

Раздел 11

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

002. Внутриглазное давление увеличивается:

- 1) при уменьшении кровоснабжения глаза
- 2) при гипертоническом кризе
- 3) при кашле
- 4) при гипоксии

- 5) при гипокании
 - а) правильно 1, 2 и 3
 - б) правильно 1, 3 и 4
 - в) правильно 2, 4 и 5
 - г) правильно 2, 3 и 5
 - д) правильно 1, 3 и 5
005. Окулогастральный рефлекс проявляется:
- 1) болями в эпигастрии
 - 2) изжоговой
 - 3) икотой
 - 4) рвотой
 - 5) отрыжкой
 - а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 2 и 3
 - в) правильно 2 и 5
 - г) правильно 3 и 4
 - д) правильно 3 и 5
007. Опасность окулокардиального рефлекса наиболее велика
- а) при операции по поводу косоглазия
 - б) при операции по поводу глаукомы
 - в) при дакриоцисториностомии
 - г) при операции по поводу отслойки сетчатки
 - д) при удалении катаракты
010. Больному с травматическим повреждением глаза предстоит эндотрахеальный наркоз в экстренном порядке. В премедикацию следует включить все перечисленное, кроме
- а) морфина
 - б) тубокурарина
 - в) промедола
 - г) седуксена
 - д) атропина
012. Ребенку 8 лет при операции по поводу косоглазия провести анестезию предпочтительнее с помощью
- а) кетамина + седуксена внутримышечно
 - б) фторотана + N₂O + O₂ назофарингеально
 - в) эндотрахеально N₂O + O₂ + фторотан
 - г) местной анестезии
 - д) различных вариантов атаралгезии
014. Больному 60 лет предстоит операция по поводу катаракты правого глаза. В премедикацию следует ввести:
- 1) морфин
 - 2) атропин
 - 3) дроперидол
 - 4) анаприлин
 - 5) глюкокортикоиды
 - а) правильно 1, 2 и 4
 - б) правильно 2 и 3
 - в) правильно 3, 4 и 5
 - г) правильно 4 и 5
 - д) все ответы правильны
017. Деполяризующие миорелаксанты в период фибрилляции способны
- а) повысить внутриглазное давление
 - б) понизить внутриглазное давление
 - в) не изменять внутриглазное давление
 - г) резко понижать внутриглазное давление
018. ГОМК может влиять на функцию глаза:

- 1) снижая внутриглазное давление
- 2) предупреждая развитие окулокардиального рефлекса
- 3) активируя окислительно-восстановительные процессы в сетчатке
- 4) улучшая зрительную функцию глаза
- 5) вызывая зрительные галлюцинации
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 1 и 3
- в) правильно 2 и 5
- г) правильно 3 и 4
- д) правильно 4 и 5

019. Снижения общего периферического сопротивления току крови можно добиться применением
- а) адреналина
 - б) норадреналина
 - в) мезатона
 - г) эфедрина

020. Нейролептаналгезия представляет собой сочетание
- а) дроперидола и фентанила
 - б) промедола и атропина
 - в) пипольфена и промедола
 - г) листенона и тубокурарина

Ответы на вопросы к разделу 11

- 002 – г 014 – б
 005 – г 017 – а
 007 – а 018 – г
 010 – а 019 – а
 012 – а 020 – а

Раздел 12

**АНЕСТЕЗИЯ, РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
 В НЕЙРОХИРУРГИИ И ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

001. Водно-электролитные расстройства у больных с хирургической патологией головного мозга вызываются всем перечисленным, кроме
- а) применения диуретиков
 - б) применения дегидратантов
 - в) компенсаторных реакций
 - г) ограничения приема жидкостей
 - д) гемодинамики
007. У нейрохирургических больных, находящихся в коматозном состоянии, для премедикации применяют все перечисленное, кроме
- а) атропина
 - б) морфина
 - в) димедрола
 - г) преднизолона
 - д) правильно в) и г)
014. Повышение внутричерепного давления наблюдается:
- 1) при повышении $p\text{CO}_2$ в артериальной крови
 - 2) при применении фторотана
 - 3) при увеличении вдыхаемой концентрации кислорода
 - 4) при умеренном снижении $p\text{CO}_2$ в крови
 - 5) при применении седуксена
 - а) правильны все ответы
 - б) правильно 1 и 5
 - в) правильно 1 и 2
 - г) правильно 3 и 4
 - д) правильно 4 и 5

020. К осложнениям, возможным при блокаде плечевого сплетения надключичным доступом, относится все перечисленное, кроме
- пневмоторакса
 - паралича диафрагмы на стороне блокады
 - синдрома Горнера
 - неврита плечевого сплетения
 - артериальной гипертензии
022. Армированная интубационная трубка, применяемая во время общей анестезии при операциях на черепе:
- 1) позволяет придавать голове различное положение без нарушения проходимости дыхательных путей
 - 2) длинная трубка вызывает развитие гипоксии и гиперкапнии
 - 3) во время сгибания головы трубка может проходить в правый главный бронх
 - 4) вследствие недостаточной ригидности трубку не применяют при управляемом дыхании
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 1 и 3
 - в) правильно 2 и 3
 - г) правильно 3 и 4
 - д) все ответы правильны
026. Анестезиологическое пособие при плановых операциях на позвоночнике и спинном мозге включает все перечисленные опасности, кроме
- вегетативной дистонии
 - смещения позвонков при интубации трахеи
 - асистолии после введения сукцинилхолина
 - артериальной гипертензии
 - постуральной гипотензии
032. Для купирования кatabолического синдрома при диэнцефальной форме ушиба вещества головного мозга необходимо
- инфузионная терапия кристаллоидами до 5 л в сутки
 - полное энергетическое покрытие катаболизма
 - нейровегетативная блокада
 - применить дегидратанты
 - хирургическая коррекция тенториального вклинения
046. При появлении в клинической картине больного с черепно-мозговой травмой сумеречного сознания, гипертермии, гипервентиляции, артериальной гипертензии, тахикардии и полиурии следует думать
- о бульбарном вклинении
 - о гиперосмолярной коме
 - об ухудшении кровообращения в диэнцефальной зоне
 - о накоплении гематомы в задней черепной ямке
 - о внечерепральном осложнении
049. Суточная калорийная потребность больного с черепно-мозговой травмой
- повышена
 - снижена
 - не изменена
 - зависит от характера проводимой терапии и клинической формы черепно-мозговой травмы
054. У больных с черепно-мозговой травмой релаксанты могут вызвать
- почечную недостаточность
 - угнетение и остановку дыхания
 - печеночную недостаточность
 - тяжелый коллапс
 - угнетение секреторной функции желудочно-кишечного тракта

Ответы на вопросы к разделу 12

- 001 – г 026 – г
007 – б 032 – в
014 – в 046 – в
020 – д 049 – г
022 – б 054 – б

Раздел 13
**АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ**

004. Альдостерон контролирует
- а) потери Na^+ и задержку K^+
 - б) задержку Na^+ и потери K^+
 - в) потери воды
 - г) транспорт углекислого газа
 - д) обмен кислорода
008. Диагноз миастении с достоверностью можно установить введением всего перечисленного, кроме
- а) неостигмина
 - б) эдрофония
 - в) тубокурарина
 - г) атропина
013. Больному, страдающему сахарным диабетом с содержанием глюкозы в крови до операции 11.1 ммоль/л, проводят анестезию эфиром в течение 35 мин. К концу анестезии уровень глюкозы в крови может стать
- а) не изменяется
 - б) 2.78 ммоль/л
 - в) 5.6 ммоль/л
 - г) 22.2 ммоль/л
 - д) 38.3 ммоль/л
015. Применение какого из препаратов противопоказано у диабетиков при коррекции ацидоза?
- а) инсулина
 - б) хлорида калия
 - в) раствора лактата Рингера
 - г) морфина 15 мг
 - д) раствора гидрокарбоната натрия
019. Причиной гиперкалиемии может быть все перечисленное, кроме
- а) быстрого переливания консервированной крови
 - б) недостаточности коры надпочечников
 - в) травмы с большим разрушением тканей
 - г) действия анаболических гормонов
 - д) правильно б) и в)
027. Смерть при феохромоцитоме может возникнуть в результате всего перечисленного, кроме
- а) кровоизлияния в мозг
 - б) левожелудочковой недостаточности
 - в) почечной недостаточности
 - г) отека легких
032. У больного с тяжелым тиреотоксикозом операцию целесообразнее проводить
- а) под местной анестезией в сочетании с НЛА
 - б) под масочным наркозом фторотаном
 - в) под внутривенным наркозом калипсолом
 - г) правильно б) и в)
034. При миастеническом кризе

в послеоперационном периоде применяют все перечисленное, кроме

- а) глюкокортикоидов
- б) ИВЛ
- в) антихолинэстеразных препаратов
- г) антидеполяризующих релаксантов
- д) плазмафереза

038. Наиболее вероятной причиной судорог, развивающихся через 8 ч после субтотальной струмэктомии, является

- а) резекция слишком большого участка железы
- б) ацидоз
- в) тетания
- г) гипергликемия
- д) гиперкапния

039. Наиболее важным признаком, указывающим на развитие недостаточности коры надпочечников во время и сразу после операции, является

- а) стойкая тахикардия
- б) стойкая брадикардия
- в) стойкая гипертензия
- г) стойкая гипотензия
- д) стойкая одышка

Ответы на вопросы к разделу 13

- 004 – б 027 – в
008 – г 032 – а
013 – г 034 – г
015 – г 038 – в
019 – г 039 – г

Раздел 14

АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

003. Во время митральной комиссуротомии может наступить

- а) гипертензия после введения в анестезию
- б) отек легких в ответ на переливание крови
- в) вазодилатация до индукции
- г) эмболия в мозг
- д) правильно б) и г)

006. Предоперационная подготовка у больных, которым предстоит операция гипофизэктомии, включает все перечисленное, кроме

- а) применения гормонов коры надпочечников
- б) тщательной коррекции водно-электролитного обмена
- в) коррекции объема циркулирующей крови
- г) применения гонадотропина
- д) применения седативных средств

011. При заболеваниях печени отмечается все перечисленное, кроме

- а) удлинения действия деполяризующих релаксантов
- б) замедления разрушения тубарина
- в) уменьшения образования псевдохлинэстеразы
- г) увеличения выделения натрия с мочой
- д) замедления метаболизма других препаратов

015. Ранним признаком почечной недостаточности является

- а) наличие лейкоцитов в моче
- б) повышение в крови азота мочевины
- в) низкий удельный вес мочи
- г) наличие эритроцитов в моче

- д) уровень креатинина в крови
018. Причиной уменьшения расхода анестетиков при проведении анестезии у лиц пожилого и старческого возраста является:
- 1) изменение функциональных свойств клеток ЦНС
 - 2) увеличение потребления кислорода
 - 3) снижение мозгового кровотока
 - 4) снижение уровня калия в ЦНС
 - 5) снижение обмена
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 1 и 4
 - в) правильно 1, 3 и 5
 - г) правильно 4 и 5
 - д) все ответы правильны
020. При порфирии противопоказаны
- а) опиаты
 - б) барбитураты
 - в) сульфаниламиды
 - г) мышечные релаксанты
 - д) симпатомиметики
024. У больных пожилого и старческого возраста отмечается инволюция почечных канальцев, которая выражается
- а) снижением концентрационной способности канальцев
 - б) увеличением азота выделительной способности канальцев
 - в) снижением реабсорбции глюкозы
 - г) увеличением выделения креатинина
026. Основными причинами, ведущими к расстройству дыхания, являются:
- 1) повышение ригидности грудной клетки
 - 2) уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки со снижением жизненной емкости легких
 - 3) депрессия дыхания и снижение PO_2
 - 4) уменьшение жизненной емкости легких, снижение резервного объема, дыхательного объема
 - 5) нарушение дренажной функции бронхов
- а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 1
 - в) правильно все, кроме 2
 - г) правильно все, кроме 3
 - д) правильно все, кроме 4
030. При старении наблюдается снижение ударного и минутного объема сердца, что можно рассматривать как реакцию:
- 1) на уменьшение потребности тканей в O_2
 - 2) на замедление скорости кровотока
 - 3) на смещение кривой диссоциации оксигемоглобина вправо
- а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 1
 - в) правильно все, кроме 2
 - г) правильно все, кроме 3
032. Учитывая у больных пожилого и старческого возраста исходную гипоксемию, им в послеоперационном периоде для профилактики легочных осложнений необходимо проводить
- а) дыхательную гимнастику
 - б) ингаляцию увлажненного O_2
 - в) ультразвуковые и паровые ингаляции
 - г) мероприятия по профилактике тромбоэмболии легочной артерии
 - д) все ответы правильны

Ответы на вопросы к разделу 14

003 – д 020 – б
006 – г 024 – а
011 – г 026 – а
015 – в 030 – а
018 – в 032 – д

Раздел 15
**АНЕСТЕЗИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ**

002. Частота сеансов трахеобронхиальной санации при ИВЛ у новорожденных составляет
- а) через 1 ч
 - б) через 2 ч
 - в) через 4 ч
 - г) по показаниям
010. Для анальгезии и сохранения контакта с больным концентрация $N_2O : O_2$ составляет
- а) 5%
 - б) 10%
 - в) 15%
 - г) 35%
 - д) 50%
015. Среднее значение от "карины" до края десен у новорожденного составляет
- а) 7 см
 - б) 10 см
 - в) 13 см
 - г) 16 см
 - д) 18 см
018. Деполаризация постсинаптической мембраны сопровождается:
- 1) проникновением Cl^- в клетку
 - 2) входением в клетку
 - 3) увеличением проницаемости постсинаптической мембраны
 - 4) входением K^+ в субневральное пространство
 - 5) уменьшением проницаемости постсинаптической мембраны
- а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 2, 3 и 4
 - в) правильно 4 и 5
 - г) правильно 1 и 5
 - д) все ответы правильны
020. При выраженной гипоксии на ЭЭГ наблюдается
- а) отсутствие электрической активности
 - б) учащение ритма и увеличение амплитуды
 - в) не наблюдается отклонений
 - г) замедление ритма до 1-3 колебаний в секунду
 - д) чередование ритмов
022. 2-летний ребенок массой 9 кг имеет минутный объем дыхания (МОД), равный
- а) 600 мл
 - б) 1000 мл
 - в) 4000 мл
 - г) 2000 мл
 - д) 3000 мл
028. Остановка сердца при наркозе кетаминотом происходит при превышении дозы
- а) в 2 раза

- б) в 4 раза
- в) в 8 раз
- г) в 10 раз
- д) в 12 раз

030. Метаболизм (инактивация) кетамина происходит

- а) в результате щелочного гидролиза
- б) с помощью ферментов клеточных элементов
- в) в результате деметилирования и окисления в печени
- г) в кислой среде в тканях
- д) с помощью тканевых ферментов

034. К препаратам, продлевающим период послеоперационного пробуждения в сочетании с кетамин, относятся

- а) сомбревин
- б) раствор соды
- в) опиаты
- г) закись азота
- д) правильно а) и г)

073. Повышенная толерантность к сукцинилхолину сохраняется у детей

- а) до 1 года
- б) до 3 лет
- в) до 7 лет
- г) до 10 лет
- д) до 12-14 лет

Ответы на вопросы к разделу 15

- 002 – г 022 – г
010 – д 028 – д
015 – б 030 – в
018 – б 034 – в
020 – г 073 – б

Раздел 16

АНЕСТЕЗИЯ, ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

007. Веществами, усиливающими электрическую и механическую активность матки, являются:

- 1) ионы кальция
- 2) окситоцин
- 3) ионы калия
- 4) ионы магния
- 5) простагландин G₂
- а) правильно 1, 2 и 3
- б) правильно 3, 4 и 5
- в) правильно 2, 3 и 4
- г) правильно 1, 2 и 5
- д) правильно 1, 4 и 5

011. Легко проникают через плацентарный барьер вещества с относительной молекулярной массой

- а) до 600
- б) до 1000
- в) до 2500
- г) более 3000
- д) более 250 000

014. Структура плацентарного барьера считаются функционально зрелыми

- а) к 4-й неделе
- б) к 8-й неделе
- в) к 12-й неделе

- г) к 16-й неделе
д) к 20-й неделе
020. Чтобы ребенок родился без признаков наркотической депрессии, необходимо прекратить ингаляцию триленом
- а) за 5-10 мин
б) за 10-20 мин
в) за 20-30 мин
г) за 30-40 мин
д) за 40-50 мин
023. Деполяризующие мышечные релаксанты относительно безопасны для новорожденных в дозе
- а) до 100 мг
б) до 200 мг
в) до 300 мг
г) до 400 мг
д) до 500 мг
028. Частота сердечных сокращений у новорожденного составляет
- а) 60-80 в минуту
б) 80-100 в минуту
в) 100-130 в минуту
г) 130-140 в минуту
д) 140-150 в минуту
036. У беременной, больной сахарным диабетом, потребность в инсулине после окончания третьего периода родов
- а) не изменяется
б) увеличивается
в) уменьшается
г) изменения не закономерны
049. Показанием к применению ГОМК в акушерстве является
- а) гипертонус матки
б) недоношенность плода
в) эклампсия
г) утомление в родах
д) угнетение родовой деятельности
054. Доза кетамина, используемая для внутримышечного введения при обезболивании родов, составляет
- а) 2 мг/кг
б) 3-6 мг/кг
в) 10 мг/кг
г) 12-16 мг/кг
д) 17-20 мг/кг
070. К ситуациям, требующим проведения поясничной эпидуральной анестезии при кесаревом сечении у беременных, страдающих преэклампсией и эклампсией, относятся:
- 1) коагулопатии
2) эклампсия с неконтролируемыми судорогами
3) преэклампсия с высокими цифрами АД в легочной артерии
4) эклампсия с сердечной недостаточностью
5) олигурия
- а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 2, 3, 4
в) правильно 3, 4, 5
г) правильно 1, 3, 5
д) правильно 2, 4, 5

Ответы на вопросы к разделу 16

007 – г 028 – г
011 – а 036 – в

- 014 – в 049 – г
- 020 – в 054 – б
- 023 – в 070 – в

Раздел 17
ОБЩАЯ РЕАНИМАТОЛОГИЯ

001. Гипердинамический тип нарушений кровообращения в послеоперационном периоде клинически проявляется:
- 1) тахикардией
 - 2) гипертензией
 - 3) увеличением сердечного выброса (СВ)
 - 4) увеличением общего периферического сопротивления (ОПС)
 - 5) увеличением ударного объема сердца (УОС)
 - 6) гипотензией
 - а) верно все
 - б) верно все, кроме 6
 - в) верно 5 и 6
 - г) верно 1, 3, 5, 6
 - д) верно 4, 5, 6
003. Наиболее эффективными методами восстановления дыхания при реанимации являются:
- 1) введение дыхательных аналептиков
 - 2) дыхание по Сильвестру, Шефферу
 - 3) дыхание "рот в рот" и "рот в нос"
 - 4) интубация трахеи и ИВЛ
 - 5) бронхоскопия
 - а) правильно 1 и 2
 - б) правильно 2 и 3
 - в) правильно 3 и 4
 - г) правильно 4 и 5
 - д) правильны все ответы
005. Наиболее простым и доступным критерием адекватности восстановления кровообращения после остановки сердца являются:
- 1) изменение цвета кожных покровов и слизистых
 - 2) восстановление нормального газового состава крови
 - 3) хорошая экскурсия грудной клетки на вдохе и выдохе
 - 4) восстановление сердечной деятельности
 - 5) сужение зрачков
 - 6) появление сознания
 - 7) восстановление диуреза
 - а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 2, 4, 5
 - в) правильно все, кроме 6, 7
 - г) правильно 1, 3, 4, 5
 - д) правильно только 6, 7
007. Показаниями к прямому массажу сердца являются
- а) остановка дыхания
 - б) остановка сердца
 - в) отсутствие сознания
 - г) отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 мин
 - д) фибрилляция сердца
008. Правилами при проведении закрытого массажа сердца являются:
- 1) уложить пострадавшего на твердую поверхность
 - 2) точка приложения силы должна быть в нижней трети грудины
 - 3) сила сжатия грудной клетки до 30 кг
 - 4) частота сжатия более 60 в минуту
 - 5) соотношение частоты вдувания в легкие и компрессии грудной клетки

- должно быть 1:5 или 2:14
- б) ноги пострадавшего должны быть слегка приподняты
 - 7) осуществлять постоянный контроль за эффективностью массажа
 - а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 5
 - в) правильно все, кроме 6, 7
 - г) правильно лишь 1, 2, 3
 - д) правильно лишь 1, 3, 5, 6
010. Показанием к дефибриляции сердца является
- а) отсутствие пульса на сонных артериях
 - б) отсутствие признаков эффективности закрытого массажа сердца в течение 1 мин
 - в) максимальное расширение зрачков
 - г) регистрация фибрилляции сердца на ЭКГ
 - д) отсутствие сознания и дыхания
013. Показанием к продленной ИВЛ является:
- 1) тахипноэ более 45 в минуту
 - 2) снижение PaO₂ менее 60 мм рт. ст.
 - 3) уменьшение ДО на 50%
 - 4) возрастание МОД на 160-180%
 - 5) артериальная гипертензия
 - а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 2
 - в) правильно все, кроме 3
 - г) правильно все, кроме 4
 - д) правильно все, кроме 5
014. Суточная потребность в белках рассчитывается:
- 1) по количеству белка в плазме
 - 2) по экскреции азота с мочой
 - 3) по выделению белка с мочой
 - 4) по массе тела
 - 5) по потреблению O₂
 - а) все ответы правильны
 - б) правильно 1, 2, 3
 - в) правильно 3, 4, 5
 - г) правильно 1, 2, 5
 - д) правильно 2, 3, 5
017. Отрицательными факторами ИВЛ по способу вдувания являются:
- 1) нарушение венозного притока из-за повышения внутригрудного давления
 - 2) сдавление сердца и крупных сосудов в фазе вдоха
 - 3) нарушение капиллярного кровотока в легких
 - 4) повышение сопротивления в системе легочной артерии и перегрузка правого сердца
 - 5) увеличение физиологического "мертвого пространства"
 - 6) необходимость закрытого герметичного контура
 - 7) необходимость интубации или трахеостомии
 - 8) трудности с обеспечением синхронизации больного с аппаратом,
 - 9) необходимость разгерметизации системы "аппарат-больной" при сеансах туалета дыхательных путей и вынужденного при этом периода гиповентиляции и гипоксемии
 - 10) наличие рефлекторных влияний с рецепторов дыхательных путей при интубации и трахеостомии
 - а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 9, 10
 - в) правильно все, кроме 6, 7
 - г) правильно все, кроме 2, 3
 - д) правильно только 1, 2, 3

019. Увеличивают выживаемость после гипоксемии

- а) барбитураты
- б) эфир
- в) гипотермия
- г) гипертермия
- д) правильно а) и в)

Ответы на вопросы к разделу 17

001 – г 010 – г

003 – в 013 – д

005 – г 014 – б

007 – г 017 – а

008 – а 019 – д

Раздел 18

**РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

003. При лечении нарушений гемодинамики гипердинамического типа в послеоперационном периоде решающее значение имеют:

- 1) блокада болевой импульсации
 - 2) снижение активности симпатoadреналовой системы (САС)
 - 3) нормализация легочной вентиляции
 - 4) инфузионная терапия
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 4
 - в) верно все, кроме 1 и 2
 - г) верно все, кроме 1 и 3
 - д) верно все, кроме 2 и 4

005. При гиповолемии отмечается:

- 1) уменьшение объема циркулирующей крови (ОЦК)
 - 2) снижение АД
 - 3) тахикардия
 - 4) низкий ударный объем и сердечный выброс (УО и СВ)
 - 5) высокое центральное венозное давление (ЦВД)
- б) низкое давление наполнения левого желудочка
 - а) верно все
 - б) верно все, кроме 5
 - в) верно 4, 5, 6
 - г) верно 1, 4, 5
 - д) верно только 6

006. Основными задачами интенсивной терапии при острой миокардиальной недостаточности являются:

- 1) улучшение сократительной способности миокарда
 - 2) нормализация венозного возврата крови
 - 3) снижение общего периферического сопротивления
 - 4) нормализация электрической стабильности
 - 5) синергичность сокращений сердца
- а) верно все
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 3
 - г) верно все, кроме 4
 - д) верно все, кроме 5

011. При наличии полной атриовентрикулярной блокады следует

- а) до операции наладить эндокардиальную стимуляцию
- б) плановая операция не отменяется
- в) использовать β -стимуляторы, вазопрессоры, глюкокортикоиды, холинолитики

- г) правильно а) и в)
014. Основными факторами, влияющими на ЦВД, являются:
- 1) объем циркулирующей крови (ОЦК)
 - 2) венозный статус
 - 3) сократительная способность миокарда
 - 4) гематокрит и Hb
 - 5) положение тела
 - 6) ИВЛ
 - 7) повышение внутригрудного давления
- а) верно все
б) верно все, кроме 4, 5
в) верно все, кроме 6, 7
г) верно только 6, 7
021. Явная клиническая картина возникает при кровопотере, равной
- а) 250 мл
 - б) 50 мл
 - в) 1000 мл
 - г) 1500 мл
 - д) 2000 мл
027. Для гиповолемии характерно следующее значение центрального венозного давления (ЦВД):
- 1) отрицательное ЦВД
 - 2) менее 6 см H₂O
 - 3) от 6 до 12 см H₂O
 - 4) от 12 до 18 см H₂O
- а) верно 1 и 3
б) верно 1 и 4
в) верно 2 и 3
г) верно 1 и 2
034. Для лечения гиповолемии используют
- а) вазопрессоры
 - б) препараты инотропного действия
 - в) плазмозаменители
 - г) эритромассу
043. Показаниями к переливанию донорских эритроцитов являются
- а) кровопотеря в 500 мл
 - б) гематокрит ниже 30%
 - в) гематокрит ниже 35%
 - г) гипокоагуляция
 - д) артериальная гипотензия
046. Компенсаторными реакциями на снижение объема циркулирующей крови являются:
- 1) сужение артериол
 - 2) снижение центрального венозного давления
 - 3) тахикардия
 - 4) повышение сократимости миокарда
 - 5) венозный спазм
- а) все верно
б) верно все, кроме 1
в) верно все, кроме 2
г) верно все, кроме 3
д) верно все, кроме 4

Ответы на вопросы к разделу 18

003 – б 021 – в
005 – б 027 – г

006 – а 034 – в
011 – а 043 – б
014 – б 046 – в

Раздел 19
**РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

005. Для повышения онкотического давления крови при лечении отека легких применяют:
- 1) стимуляцию диуреза салуретиками
 - 2) стимуляцию диуреза осмотическими диуретиками
 - 3) инфузию альбумина
 - 4) инфузию коллоидными растворами
 - 5) альвезин
- а) правильно 1 и 2
б) правильно 1 и 3
в) правильно 2 и 4
г) правильно 4 и 5
д) все ответы правильны
009. Для снижения проницаемости сосудистой стенки при отеке легких применяют:
- 1) наркотические анальгетики
 - 2) дроперидол
 - 3) антигистаминные препараты
 - 4) глюкокортикоиды
 - 5) диуретики
- а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 4 и 5
д) все ответы правильны
017. К причинам, которые могут привести к развитию бронхоспазма, относятся
- а) нейрогенные
 - б) химические
 - в) механические
 - г) инфекционно-аллергические
 - д) все ответы правильны
021. Интенсивная терапия астматического статуса направлена:
- 1) на лечение гиперволемии
 - 2) на лечение гиповолемии
 - 3) на восстановление проходимости трахеобронхиального дерева
 - 4) на подавление изнуряющего кашля
 - 5) на интенсивную терапию гипертензии малого круга кровообращения
- а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 4 и 5
д) все ответы правильны
027. Пациент поступил с тяжелым приступом бронхиальной астмы в состоянии возбуждения. Какие из назначений, сделанных интерном, являются наиболее правильными?
- 1) адреналин 1:1000 - 0.5 мл под кожу
 - 2) эуфиллин 2.4% раствор - 10 мл внутривенно
 - 3) седуксен в таблетках - 5 мг
 - 4) седуксен 0.5% раствор - 2.0, внутривенно или внутримышечно
 - 5) раствор йодистого калия в молоке через каждые 4 ч
- а) все ответы правильны
б) правильно 1, 2 и 3
в) правильно 1, 2 и 4
г) правильно 2, 3 и 5
д) правильно 3, 4 и 5

030. При лечении бронхиолоспазма нецелесообразно применять
- новодрин
 - эуфиллин
 - атропин
 - тубокурарин
 - новокаин (0.25% раствор, внутривенно)
046. Особенности асфиксического утопления являются:
- асфиксию вызывает попадание в дыхательные пути воды в количестве, равном объему анатомического мертвого пространства (150 мл)
 - попадание небольшого количества воды в верхние дыхательные пути вызывает рефлекторное апноэ и ларингоспазм
 - возможно заглатывание воды с последующей регургитацией или рвотой с аспирацией содержимого желудка на последних этапах утопления
 - возможны "ложнореспираторные" вдохи
 - развивается гемолиз крови
- правильно 1, 2 и 3
 - правильно 2, 3 и 4
 - правильно 3, 4 и 5
 - правильно 4 и 5
 - все ответы правильны
054. Опасность кислотно-аспирационного пневмонита возрастает при попадании желудочного содержимого в дыхательные пути соответственно следующим величинам его рН
- рН = 7.4
 - рН больше 5
 - рН меньше 2.5
 - рН = 7.5 и более
059. Если у больного деформация грудной клетки, анестезиолог должен быть готов к следующим трудностям:
- повышена опасность остановки сердца после введения деполяризованных релаксантов
 - повышена опасность постуральных реакций
 - затруднена интубация трахеи
 - чаще возникает регургитация
 - нередко длительное апноэ у больных со вторичным сколиозом
- правильно 1, 2 и 3
 - правильно 1, 3 и 4
 - правильно 2, 3 и 5
 - правильно 3, 4 и 5
 - все ответы правильны
072. Важными положительными сторонами трахеостомии при мозговой коме у больных с черепно-мозговой травмой является все перечисленное, кроме
- возможности проведения длительной ИВЛ
 - профилактики синдрома Мендельсона
 - полноценного дренирования дыхательных путей
 - подсушивания слизистой оболочки дыхательных путей
 - снижения анатомического мертвого пространства

Ответы на вопросы к разделу 19

- 005 – б 030 – г
 009 – в 046 – б
 017 – д 054 – в
 021 – б 059 – в
 027 – в 072 – г

Раздел 20
РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ

003. Противоотечная терапия при черепно-мозговой травме у детей показана потому, что она предотвращает
- а) нарастание гематомы
 - б) развитие отека мозга
 - в) нарастание внутричерепного давления
 - г) правильно а) и б)
 - д) все ответы правильны
008. Астматический статус у детей необходимо лечить метилксантинами, потому что
- а) они наиболее эффективные бронходилататоры
 - б) наступила полная блокада адренорецепторов к симпатомиметикам
 - в) они обладают меньшим, чем симпатомиметики, кардиотоксическим эффектом
 - г) правильно а) и б)
012. При крупе III степени длительность парокислородных ингаляций должна составить
- а) 15 мин
 - б) 30 мин
 - в) 1 ч
 - г) 2 ч
 - д) до появления продуктивного кашля
019. Удвоение диаметра трахеи по сравнению с новорожденным происходит в возрасте
- а) 3 года
 - б) 5-7 лет
 - в) 8-10 лет
 - г) 11-12 лет
 - д) 15 лет
025. Наиболее типичным в клинике бронхиальной астмы у детей раннего возраста является
- а) множество влажных хрипов
 - б) сухие хрипы в легких
 - в) затрудненный вдох
 - г) затрудненный выдох
031. Процент фетального гемоглобина у новорожденных составляет
- А 30%
 - б) 50%
 - в) 75%
 - г) 90%
035. Максимальная суточная доза эуфиллина, вводимая детям в астматическом статусе, составляет
- а) 6 мг/кг
 - б) 9 мг/кг
 - в) 24 мг/кг
 - г) 30 мг/кг
 - д) 40 мг/кг
065. Наиболее важными показаниями для перевода ребенка на ИВЛ считаются:
- 1) повторное оперативное вмешательство ребенку 1 года
 - 2) гипертермия в течение 8 ч
 - 3) частота дыхания у новорожденного 90 в минуту
 - 4) PaO₂ - 70 мм рт. ст.
 - 5) PCO₂ - 50 мм рт. ст.
 - б) диафрагмальная грыжа, диагностированная в первые сутки жизни
- а) все ответы правильны
 - б) правильно все, кроме 2 и 5
 - в) правильно все, кроме 1 и 2
 - г) правильно все, кроме 3 и 5

д) правильно все, кроме 4 и 5

080. Доза натрия, которую следует назначить оперированному новорожденному в 1-3-и сутки после операции, выполненной в первые два дня жизни, составляет
- а) менее 1 ммоль/кг
 - б) 2 ммоль/кг
 - в) 3 ммоль/кг
 - г) 4 ммоль/кг
 - д) 5 ммоль/кг

092. К препаратам, снижающим температуру установочной точки терморегулирующего центра, относятся
- а) дроперидол
 - б) гидрокортизон
 - в) аминазин
 - г) фенobarбитал

Ответы на вопросы к разделу 20

003 – в 031 – в
008 – б 035 – в
012 – д 065 – б
019 – д 080 – а
025 – г 092 – б

Раздел 21

РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

003. Противопоказанием к проведению форсированного диуреза является
- а) экзотоксический шок
 - б) гемолиз
 - в) коматозное состояние
 - г) противопоказаний нет
 - д) правильно б) и в)
009. Сопоставьте атропин с соответствующими ядами, при которых он применяется как антидот
- а) инсулин
 - б) amitриптилин
 - в) ФОС
 - г) этиленгликоль, метиловый спирт
 - д) тяжелые металлы
 - е) анилин
016. Продолжительность фазы резорбции при отравлении неорганическими кислотами составляет
- а) 1-3 ч
 - б) 3-6 ч
 - в) 6-12 ч
 - г) 12-24 ч
021. Острая почечная недостаточность при отравлении уксусной эссенцией диагностируется не ранее
- а) 6-12 ч
 - б) 12-24 ч
 - в) 24-48 ч
 - г) 48-72 ч
 - д) на 4-5-е сутки
028. При остром пероральном отравлении соединениями тяжелых металлов и мышьяком необходимо:
- 1) промыть желудок через зонд
 - 2) ввести унитиол внутривенно
 - 3) ввести тиосульфат натрия внутривенно

- 4) с целью детоксикации проводить форсированный диурез
- 5) провести гемодиализ
- 6) провести гемосорбцию
- 7) провести перитонеальный диализ
- 8) провести противошоковую терапию
- 9) провести "защитную" печеночную терапию
- а) верно все
- б) верно все, кроме 6
- в) верно все, кроме 7
- г) верно все, кроме 7, 9
- д) верно все, кроме 4, и 7

034. При алкогольной интоксикации необходимо:

- 1) восстановление адекватного дыхания
- 2) промывание желудка через зонд
- 3) внутривенное введение гидрокарбоната натрия
- 4) внутривенное введение 10-15% раствора глюкозы
- 5) подкожно кордиамин, кофеин
- 6) форсированный диурез
- 7) детоксикационная гемосорбция
- 8) внутривенное введение бемегида
- а) верно все
- б) верно все, кроме 7
- в) верно все, кроме 2, 3
- г) верно все, кроме 7, 8
- д) верно все, кроме 8

044. При каком уровне карбосигемоглобина в крови у больного развивается коматозное состояние?

- а) при поступлении в стационар Hb CO 50% и выше
- б) при поступлении в стационар Hb CO 30%
- в) на месте происшествия Hb CO 50% и выше
- г) на месте происшествия Hb CO 30%

060. Типичными клиническими проявлениями отравления барбитуратами являются:

- 1) отсутствие сознания (кома)
- 2) двигательное возбуждение, галлюцинации
- 3) миоз
- 4) мидриаз
- 5) угнетение дыхания
- 6) трофические расстройства кожи
- 7) на ЭКГ - замедление внутрижелудочковой проводимости по типу блокады
- а) верно все, кроме 2, 4
- б) верно все, кроме 3, 6
- в) верно все, кроме 2, 4, 7
- г) верно все, кроме 4, 5

065. При отравлении белладонной и ее производными необходимо:

- 1) внутривенно или внутримышечно седуксен, тизерцин
- 2) подкожно димедрол
- 3) внутривенно или внутримышечно эзерин
- 4) промыть желудок через зонд, ввести активированный уголь
- 5) форсированный диурез
- 6) гемодиализ
- а) верно все
- б) верно все, кроме 3
- в) верно все, кроме 2
- г) верно все, кроме 2, 6

074. При укусе змеи необходимо:

- 1) наложить жгут (если возможно)
- 2) выдавить или отсосать яд из раны
- 3) произвести разрез кожи в месте укуса для удаления яда

- 4) внутривенно ввести антигистаминные
- 5) произвести футлярную новокаиновую блокаду с адреналином
- 6) внутривенно или внутримышечно поливалентная или специфическая противозмеиная сыворотка в первые 6 ч
- 7) внутривенно или внутримышечно поливалентная или специфическая противозмеиная сыворотка в первые 10 ч
- 8) подкожно сердечные
 - а) верно все, кроме 7
 - б) верно все, кроме 3, 7
 - в) верно все, кроме 1, 3, 6
 - г) верно все, кроме 3, 6

Ответы на вопросы к разделу 21

- 003 – а 034 – г
- 009 – в 044 – в
- 016 – а 060 – в
- 021 – в 065 – г
- 028 – б 074 – в

Раздел 22

**РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
И СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ**

002. Основными звеньями патогенеза сепсиса являются:

- 1) гиповолемия
- 2) снижение сердечного выброса
- 3) коагулопатии
- 4) полиорганная недостаточность
- 5) иммунодефицит
- а) верно все, кроме 1
- б) верно все, кроме 2
- в) верно все, кроме 3
- г) верно все, кроме 4
- д) верно все, кроме 5

004. Инфекционно-токсический шок может развиваться:

- 1) при перитоните
- 2) при пневмонии
- 3) при эндометрите
- 4) при менингите
- 5) при инфекционном эндокардите
- а) верно все
- б) верно все, кроме 1, 2
- в) верно все, кроме 3 и 4
- г) верно все, кроме 5
- д) верно все, кроме 2 и 5

008. Интенсивная терапия при инфекционно-токсическом шоке включает:

- 1) плазмаферез
- 2) искусственную вентиляцию легких
- 3) дренирование лимфатического протока, лимфодренаж и лимфосорбцию
- 4) искусственное кровообращение
- 5) энтеральное питание
- а) верно все, кроме 1
- б) верно все, кроме 2, 3
- в) верно все, кроме 4
- г) верно все, кроме 5
- д) верно все

010. Показания к гемодиализу и ультрафильтрации при инфекционно-токсическом шоке возникают:

- 1) при печеночной недостаточности

- 2) при интерстициальном отеке легких
- 3) при гипербилирубинемии
- 4) при олигурии
- 5) при сладж-синдроме
- а) верно 1 и 2
- б) верно 2 и 3
- в) верно 1 и 5
- г) верно 2 и 4
- д) верно 4 и 5

014. Факторами клеточного иммунитета считаются:

- 1) фагоцитоз
- 2) иммуноглобулины
- 3) Т-лимфоциты
- 4) лизоцим
- 5) лимфоциты
- б) опсонизация
- а) верно 1 и 2
- б) верно 3 и 4
- в) верно 3 и 5
- г) верно 2 и 6
- д) верно 4 и 6

016. Бактерицидным свойством обладают:

- 1) тетрациклины
- 2) олеандомицин
- 3) олететрин
- 4) цефалоспорины
- 5) аминогликозиды
- а) все ответы верны
- б) верно 1 и 2
- в) верно 2 и 3
- г) верно 3 и 4
- д) верно 4 и 5

017. При интенсивной терапии наиболее эффективными антибиотиками являются:

- 1) пенициллин
- 2) левомецетин
- 3) гентамицин
- 4) стрептомицин
- 5) цефамизин
- а) верно все
- б) верно все, кроме 1 и 2
- в) верно все, кроме 2 и 3
- г) верно все, кроме 1, 2 и 3
- д) верно все, кроме 3 и 4

019. К группе аминогликозидов относятся:

- 1) аэлоциллин
- 2) ампиокс
- 3) нетилмицин
- 4) гентамицин
- 5) тобрамицин
- а) верно 1 и 2
- б) верно 2 и 3
- в) верно 3, 4 и 5
- г) верно 1 и 5

020. При анаэробной неклостридиальной инфекции следует назначать:

- 1) ампиокс
- 2) метранидазол
- 3) гентамицин
- 4) бисептол

- 5) клинамицин
- а) верно 1 и 2
- б) верно 2 и 3
- в) верно 3 и 4
- г) верно 2 и 5
- д) верно все

024. Ошибками при антибиотикотерапии являются:

- 1) нарушение принципа сочетаемости антибиотиков
 - 2) поддержание низкого уровня концентрации антибиотика в крови и очаге повреждения
 - 3) продолжительное назначение данного антибиотика
 - 4) назначение антибиотика без учета принадлежности флоры и ее чувствительности
 - 5) профилактическое назначение антибиотиков
- а) все ответы верны
 - б) верно все, кроме 1
 - в) верно все, кроме 2
 - г) верно все, кроме 3
 - д) верно все, кроме 4

Ответы на вопросы к разделу 22

- 002 – а 016 – д
- 004 – а 017 – в
- 008 – д 019 – в
- 010 – г 020 – г
- 014 – в 024 – а

Раздел 23

РЕАНИМАЦИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ
И НАРУШЕНИЯХ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

001. Для коррекции хронической постгеморрагической анемии следует использовать

- а) реоглюман
- б) свежемороженную плазму
- в) эритроцитарную массу
- г) криопреципитат
- д) полифер

012. Выраженное увеличение печени отмечается

- а) при хроническом миелолейкозе
- б) при лимфолейкозе
- в) при апластической анемии
- г) при болезни Верльгофа

014. Агрегацию тромбоцитов снижают:

- 1) галотан
 - 2) эфир
 - 3) пентран
 - 4) ГОМК
- а) верны все ответы
 - б) верны все ответы, кроме 1
 - в) верны все ответы, кроме 2
 - г) верны все ответы, кроме 3
 - д) верны все ответы, кроме 4

018. Основные принципы интенсивного лечения гемолитической анемии:

- 1) экстракорпоральный диализ
- 2) переливание одногруппной крови
- 3) кортикостероиды (300-1000 мг гидрокортизона)
- 4) низкомолекулярные декстраны

- 5) маннитол, гепарин (немедленно!)
 а) верны все ответы
 б) верны все ответы, кроме 1
 в) верны все ответы, кроме 2
 г) верны все ответы, кроме 3
 д) верны все ответы, кроме 4 и 5
022. Период полураспада введенного больному криопреципитата равен
 а) 2 ч
 б) 4 ч
 в) 8-24 ч
 г) 36 ч
 д) 48 ч
024. Гемофилия В связана с дефицитом
 а) фактора V
 б) фактора VI
 в) фактора VII
 г) фактора VIII
 д) фактора IX
026. Гемофилия А связана с дефицитом
 а) фактора V
 б) фактора VI
 в) фактора VII
 г) фактора VIII
 д) фактора IX
030. Применение отмытых эритроцитов вместо цельной крови:
 1) приводит к уменьшению вводимого антигена
 2) повышает содержание эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов
 3) повышает безопасность трансфузии вследствие удаления вредных факторов ИЗО агглютинации
 4) выгодно вследствие удлинения на 50% срока хранения по сравнению с цельной кровью
 5) увеличивает агрегацию лейкоцитов
 а) все ответы правильны
 б) правильно 1 и 2
 в) правильно 1 и 3
 г) правильно 2 и 4
 д) правильно 4 и 5
032. При острой кровопотере в пределах нескольких минут:
 1) наступает гемоконцентрация с повышением гематокрита
 2) гематокрит не изменяется
 3) наступает гемодилюция с падением гематокрита
 4) для поддержания объема плазмы происходит перемещение жидкости из интерстициального русла
 5) наступает экстравазация жидкости
 а) все ответы правильны
 б) правильно 1 и 2
 в) правильно 2 и 3
 г) правильно 3 и 4
 д) правильно 4 и 5
035. На ранних этапах лечения внутрисосудистого тромбообразования следует вводить
 а) свежемороженную плазму
 б) фактор IV (компонент плазменного тромбопластина)
 в) гепарин
 г) кровезаменители
 д) замороженные тромбоциты

- 001 – в 024 – д
- 012 – а 026 – г
- 014 – д 030 – в
- 018 – а 032 – г
- 022 – в 035 – в

Раздел 24
ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

004. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является
- а) тошнота и рвота
 - б) лейкопения
 - в) эритема кожи
 - г) выпадение волос
 - д) жидкий стул
005. Пороговая доза излучения для развития острой лучевой болезни составляет
- а) 0.5 Гр
 - б) 1 Гр
 - в) 2 Гр
 - г) 3 Гр
 - д) 4 Гр
009. Единица активности
- а) Рентген
 - б) Грей
 - в) Беккерель
 - г) Рад
 - д) Зиверт
011. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов
- а) детей
 - б) подростков
 - в) взрослых
 - г) пенсионеров
 - д) беременных женщин
015. Единица поглощенной дозы
- а) Грей
 - б) Зиверт
 - в) Рентген
 - г) Кюри
 - д) Бэр
019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет
- а) несколько десятков
 - б) несколько сотен
 - в) несколько тысяч
 - г) несколько миллионов
026. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу
- а) на костный мозг
 - б) на печень
 - в) на легкие
 - г) на желудок
 - д) на щитовидную железу
028. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают
- а) сердечно-сосудистые заболевания
 - б) онкологические заболевания
 - в) травмы и отравления

032. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано

- а) при дозах облучения менее 3 Гр
- б) больным, у которых не было первичной реакции
- в) больным с легкой степенью болезни
- г) больным, получившим летальные дозы облучения

034. Особенности клинического течения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергнутого облучению в малых дозах

- а) никаких
- б) утяжеление клинического течения
- в) большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию
- г) переход острых форм в хронические
- д) устойчивость к обычной терапии

Ответы на вопросы к разделу 24

004 – а 019 – б

005 – б 026 – в

009 – в 028 – в

011 – б 032 – в

015 – а 034 – а

Пример оформления зачётной ситуационной задачи

Ситуационные задачи

Клинический случай № 1

Ребёнок в возрасте 1 года с массой тела 9 кг был направлен на бронхоскопию по поводу аспирированного им инородного тела. Признаки дыхательной недостаточности отсутствовали, но прослушивались выраженные шумы на вдохе и выдохе. Частота дыхания составила 40 в мин., температура тела была в пределах нормы. При перкуссии грудной клетки отмечался коробочный оттенок звука над левым лёгким, на рентгенограмме грудной клетки перераздутие левого лёгкого со смещением средостения вправо.

- Какова оптимальная анестезия для такого ребёнка?

-Каковы основные проблемы при анестезии и извлечении инородного тела через бронхоскоп?

Ответ на клинический случай № 1

Если внимательная забота и ласка родителей не успокаивают ребёнка, для обеспечения седативного эффекта вводят в прямую кишку бривитал в дозе 25-30 мг/кг. Больным, которым уже наладили капельницу, внутривенно вводят быстродействующие барбитураты в дозе 1-2 мг/кг. Строгое наблюдение за дыханием и состоянием дыхательных путей обязательно в течении всего периода премедикации, где бы она ни проводилась. Современная водная анестезия позволяет использовать внутривенное введение кетамина или барбитуратов либо ингаляционный наркоз. Дыхание остаётся спонтанным либо ребёнка переводят на искусственную вентиляцию с положительным давлением. Предпочтительнее сохранять спонтанное дыхание, так как вентиляция под положительным давлением нередко приводит к тотальной обструкции дыхательных путей из-за смещения инородного тела либо вызывает дополнительные трудности при его извлечении. Искусственная вентиляция должна проводиться при низком положительном давлении. При выраженной обструктивной эмфиземе закись азота использовать нельзя, поэтому после выключения сознания анестезию проводят 4% галотаном (фторотан) и кислородом. Постоянное наблюдение позволяет контролировать глубину наркоза, при его достаточном уровне в трахею и гортань вводят 4% раствор лидокаина. Если предполагается, что желудок наполнен, одновременно с интубацией через нос вводят желудочный зонд, через который эвакуируют содержимое желудка. Если во время манипуляции на дыхательных путях у больного появляются кашлевые движения или задержка дыхания, то необходимо углубить анестезию. Вентиляция и оксигенация во время бронхоскопии осуществляется через бронхоскоп. Периодически трубку бронхоскопа надо подтягивать несколько выше килы трахеи, чтобы обеспечить более эффективную вентиляцию и оксигенацию. Благоприятные условия для манипуляций на бронхах создаются при использовании релаксации и вентиляции с положительным давлением на выдохе. Кашель, который увеличивает опасность пневмоторакса, предотвращают непрерывным введением сукцинилхолина, максимально расширяющего голосовую щель и

обеспечивающего наиболее благоприятные условия для извлечения инородного тела. Частичная или полная обструкция дыхательных путей приводит к гиповентиляции, гипоксии, гиперкапнии и ацидозу. Манипуляции на дыхательных путях на фоне недостаточно глубокой анестезии могут вызвать задержку дыхания, кашель, ларинго- и бронхоспазм. Нередко уже захваченное инструментом инородное тело выскальзывает и задерживается в подсвязочном пространстве. При этом может возникнуть тотальная обструкция дыхательных путей. При тотальной или частичной обструкции дыхательных путей поступление газообразных анестетиков прекращается или снижается. В связи с этим необходимо переходить на внутривенную анестезию. Ребёнок с полным желудком, подвергшийся интубации трахеи, может быть экстубирован после оказания ему неотложной помощи.

Клинический случай № 2

Женщина в возрасте 19 лет из негроидной популяции была направлена на операцию резекции правого тазобедренного сустава по поводу остеогенной саркомы. В анамнезе имеются указания на серповидно-клеточную анемию, протекавшую с периодическими кризами. Перед операцией уровень гемоглобина у неё составлял 90 г/л, а гематокрита - 27%.
- Каковы методы подготовки к наркозу и операции больного с серповидно-клеточной анемией?
- В чём состоит анестезиологическое обеспечение больных с серповидно-клеточной анемией.

Ответ на клинический случай № 2

- а) скрининг-тестирование всех лиц, относящихся к группе риска по серповидно-клеточной анемии;
- б) электрофорез гемоглобина для точной диагностики гемоглобинопатии;
- в) трансфузия перед операцией нормальных эритроцитов;
- г) при признаках гиперсплениии – определить свёртываемость крови
- д) контроль газового состава крови.
- а) предупреждение гипоксии;
- б) контроль микроциркуляции
- в) коррекция анемии
- г) адекватная инфузионно-трансфузионная терапия
- д) контроль КЩС
- е) предупреждение гипотермии
- ж) предупреждение гипотензии – избегать проводниковой анестезии и введения сосудосуживающих средств!

Клинический случай № 3

Девочка в возрасте 10 лет с массой тела 21 кг, страдавшая рецидивирующим двусторонним серозным отитом, направлена на операцию мириготомии и восстановления проходимости слуховых труб. В анамнезе есть указание на врождённую патологию сердца (синдром Айзенменгера с двунаправленным шунтированием через дефект в межжелудочковой перегородке, гипертензией в малом круге, незарращением аортального протока и незначительной регургитацией митрального клапана). Из других заболеваний отмечались рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей и несчастный случай в прошлом с сосудистыми и мозговыми нарушениями. Во время плача у девочки обычно появляется цианоз. Гематокрит перед операцией составляет 55%.
- Какие показатели следует оценивать перед проведением наркоза у данной больной?
- Каково влияние врождённой патологии сердца на скорость введения в наркоз?

Ответ на клинический случай № 3

- а) выраженность цианоза и признаков застойной сердечной недостаточности;
- б) в общем анализе крови – выраженность полицитемии – при уровне гематокрита выше 60% увеличивается опасность коагулопатий и тромбоза мозговых сосудов;
- в) наличие коагулопатий и их выраженность.
- Наркотические вещества, введённые внутривенно больным с внутрисердечным шунтированием крови и избыточным лёгочным кровотоком, поступают в сосуды мозга в те же сроки, что и у больных без этой патологии. Однако пик концентрации препаратов и соответственно фармакологический эффект у первых наступает позднее.

В противовес этому при шунтировании справа налево препараты быстрее поступают в мозг и накапливаются в нём. Следовательно, фармакологический и токсический эффекты внутривенно введённых препаратов наступают в зависимости от направления шунтирования и состояния лёгочного кровотока.

Процесс перехода ингаляционных анестетиков из альвеол в кровь замедлен у больных с врождёнными пороками сердца и шунтированием справа налево. Время введения в наркоз при ингаляционной анестезии у больных с шунтированием слева направо при усиленном лёгочном кровотоке обычно те же, что и у других больных.

Клинический случай № 4

Женщина в возрасте 55 лет с кишечной непроходимостью поступила в клинику для операции резекции участка тонкого кишечника. Из сопутствующей патологии у неё были лёгкая форма гипертонической болезни и патологическое ожирение. Во время вводного наркоза на фоне вдыхания 100% кислорода у неё развилась выраженная гипоксемия.

- Каковы основные причины развития гипоксемии у данной больной?

- Ваши действия в данной ситуации?

Ответ на клинический случай № 4

Причиной развившегося состояния у данной больной является имеющаяся у неё в исходе респираторная гипоксемия. Хроническая гипоксемия у больных с ожирением часто развивается в результате рестриктивных болезней лёгких. Заметно снижается прежде всего резервный объём выдоха. Соответственно уменьшается и функциональная остаточная ёмкость лёгких. Когда последний показатель становится меньше остаточного объёма, возникает опасность спадения ацинусов и долек, что предрасполагает к развитию ателектазов, пневмонии и к шунтированию. В данной ситуации состояние больной усугубляется ещё и высоким стоянием диафрагмы вследствие кишечной непроходимости.

- Снижение лёгочных объёмов и шунтирование служат показанием для проведения предупредительных противогипоксических мероприятий (преоксигенация). Кроме того, больных с патологическим ожирением интубировать следует в сознании (например, по бронхоскопу).

Клинический случай №5

Ребёнок в возрасте 1 года с массой тела 9 кг был направлен на бронхоскопию по поводу аспирированного им инородного тела. Признаки дыхательной недостаточности отсутствовали, но прослушивались выраженные шумы на вдохе и выдохе. Частота дыхания составила 40 в мин., температура тела была в пределах нормы. При перкуссии грудной клетки отмечался коробочный оттенок звука над левым лёгким, на рентгенограмме грудной клетки перераздутие левого лёгкого со смещением средостения вправо.

- Какова оптимальная анестезия для такого ребёнка?

-Каковы основные проблемы при анестезии и извлечении инородного тела через бронхоскоп?

Ответ на клинический случай №5

– Если внимательная забота и ласка родителей не успокаивают ребёнка, для обеспечения седативного эффекта вводят в прямую кишку бривитал в дозе 25-30 мг/кг. Больным, которым уже наладили капельницу, внутривенно вводят быстродействующие барбитураты в дозе 1-2 мг/кг. Строгое наблюдение за дыханием и состоянием дыхательных путей обязательно в течении всего периода премедикации, где бы она ни проводилась. Современная вводная анестезия позволяет использовать внутривенное введение кетамина или барбитуратов либо ингаляционный наркоз. Дыхание остаётся спонтанным либо ребёнка переводят на искусственную вентиляцию с положительным давлением. Предпочтительнее сохранять спонтанное дыхание, так как вентиляция под положительным давлением нередко приводит к тотальной обструкции дыхательных путей из-за смещения инородного тела либо вызывает дополнительные трудности при его извлечении. Искусственная вентиляция должна проводиться при низком положительном давлении. При выраженной обструктивной эмфиземе закись азота использовать нельзя, поэтому после выключения сознания анестезию проводят 4% галотаном (фторотан) и кислородом. Постоянное наблюдение позволяет контролировать глубину наркоза, при его достаточном уровне в трахею и гортань вводят 4% раствор лидокаина. Если предполагается, что желудок наполнен, одновременно с интубацией через нос вводят желудочный зонд, через который эвакуируют содержимое желудка. Если во время манипуляции на дыхательных путях у больного появляются кашлевые движения или задержка дыхания, то необходимо

углубить анестезию. Вентиляция и оксигенация во время бронхоскопии осуществляется через бронхоскоп. Периодически трубку бронхоскопа надо подтягивать несколько выше килы трахеи, чтобы обеспечить более эффективную вентиляцию и оксигенацию. Благоприятные условия для манипуляций на бронхах создаются при использовании релаксации и вентиляции с положительным давлением на выдохе. Кашель, который увеличивает опасность пневмоторакса, предотвращают непрерывным введением сукцинилхолина, максимально расширяющего голосовую щель и обеспечивающего наиболее благоприятные условия для извлечения инородного тела.

- Частичная или полная обструкция дыхательных путей приводит к гиповентиляции, гипоксии, гиперкапнии и ацидозу. Манипуляции на дыхательных путях на фоне недостаточно глубокой анестезии могут вызвать задержку дыхания, кашель, ларинго- и бронхоспазм. Нередко уже захваченное инструментом инородное тело выскальзывает и задерживается в подвязочном пространстве. При этом может возникнуть тотальная обструкция дыхательных путей. При тотальной или частичной обструкции дыхательных путей поступление газообразных анестетиков прекращается или снижается. В связи с этим необходимо переходить на внутривенную анестезию. Ребёнок с полным желудком, подвергшийся интубации трахеи, может быть экстубирован после оказания ему неотложной помощи.

Клинический случай №6

Девочка в возрасте 10 лет с массой тела 21 кг, страдавшая рецидивирующим двусторонним серозным отитом, направлена на операцию миринготомии и восстановления проходимости слуховых труб. В анамнезе есть указание на врождённую патологию сердца (синдром Айзенменгера с двунаправленным шунтированием через дефект в межжелудочковой перегородке, гипертензией в малом круге, незаращением аортального протока и незначительной регургитацией митрального клапана). Из других заболеваний отмечались рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей и несчастный случай в прошлом с сосудистыми и мозговыми нарушениями. Во время плача у девочки обычно появляется цианоз. Гематокрит перед операцией составляет 55%.

- Какие показатели следует оценивать перед проведением наркоза у данной больной?
- Каково влияние врождённой патологии сердца на скорость введения в наркоз?

Ответ на клинический случай №6

- а) выраженность цианоза и признаков застойной сердечной недостаточности;
- б) в общем анализе крови – выраженность полицитемии – при уровне гематокрита выше 60% увеличивается опасность коагулопатий и тромбоза мозговых сосудов;
- в) наличие коагулопатий и их выраженность.

- Наркотические вещества, введённые внутривенно больным с внутрисердечным шунтированием крови и избыточным лёгочным кровотоком, поступают в сосуды мозга в те же сроки, что и у больных без этой патологии. Однако пик концентрации препаратов и соответственно фармакологический эффект у первых наступает позднее.

В противовес этому при шунтировании справа налево препараты быстрее поступают в мозг и накапливаются в нём. Следовательно, фармакологический и токсический эффекты внутривенно введённых препаратов наступают в зависимости от направления шунтирования и состояния лёгочного кровотока. Процесс перехода ингаляционных анестетиков из альвеол в кровь замедлен у больных с врождёнными пороками сердца и шунтированием справа налево. Время введения в наркоз при ингаляционной анестезии у больных с шунтированием слева направо при усиленном лёгочном кровотоке обычно те же, что и у других больных.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ

По дисциплине	<u>«Практика по неотложным медицинским манипуляциям»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Лечебное дело, 31.05.01</u> (наименование и код специальности)

1. Клиническая физиология и биохимия в практике врача анестезиолога-реаниматолога

1.1 Клиническая физиология и биохимия центральной нервной системы. Внутрочерепное давление. Концепция Монро-Kellie. Гемато-энцефалический барьер. Ауторегуляция церебрального кровотока. Церебральное перфузионное давление. Факторы, определяющие церебральное перфузионное давление. Основные медиаторы ЦНС, их значение в норме и патологии.

1.2 Клиническая физиология кровообращения. Основные характеристики сердечно-сосудистой системы - сердечный индекс, ударный индекс, величина преднагрузки, величина постнагрузки, сократимость миокарда. Коронарный кровоток и потребление кислорода миокардом. Основные способы увеличения коронарного кровотока. Регуляция сосудистого тонуса. Медиаторы и биологически-активные вещества, влияющие на функцию сердечно-сосудистой системы.

1.3 Клиническая физиология и биохимия дыхания. Верхние дыхательные пути, мукоцилиарный клиренс. Альвеолярно-капиллярная мембрана. Роль сурфактанта. Оксигенация тканей. Гипоксия, ее виды. Пути улучшения оксигенации тканей и устранения гипоксии. Особенности гемодинамики малого круга кровообращения.

1.4 Клиническая физиология и биохимия водно-электролитного обмена. Жидкостные секторы организма. Регуляция водно-электролитного баланса в норме и патологии. Основные понятия химии растворов. Патофизиология нарушений водно-электролитного баланса.

1.5 Клиническая физиология и биохимия кислотно-щелочного состояния. Основные буферные системы крови. Регуляция КОС в норме и патологии. Физиологические показатели кислотно-основного состояния организма. Патофизиология основных нарушений КОС и пути их коррекции.

2. Реанимация и интенсивная терапия при острой церебральной недостаточности

2.1 Реанимация и интенсивная терапия при черепно-мозговой травме. Этиология острой церебральной недостаточности у взрослых и детей. Дифференциальный диагноз острой церебральной недостаточности. Черепно-мозговая травма тяжелой степени – основная причина острой церебральной недостаточности. Понятие о «тяжелой» и «критической» черепно-мозговой травме. Сопутствующая травма скелета и паренхиматозных органов как отягчающий фактор. Патогенез витальных нарушений при черепно-мозговой травме и оценка их тяжести. Определение глубины коматозного состояния и степени повреждения стволовых структур. Жизнеугрожающие осложнения ЧМТ. Дислокации и вклинения ствола мозга, отек мозга. Принципы ранней диагностики и терапии. Динамика общемозговой и очаговой симптоматики в процессе развития дислокации ствола и

внутричерепной гипертензии. Дифференциальная диагностика тенториального и затылочного вклинения ствола мозга. Внутричерепная гипертензия. Этиология и принципы ранней клинической и инструментальной диагностики локального накопления крови и ликвора в полости черепа. Люмбальная пункция. Оценка давления ликвора. Значение пробы Квеккенштедта и Стукея. Диэнцефально-катаболический и мезэнцефально-бульбарный синдром. Расстройства системной гемодинамики при тяжелой черепно-мозговой травме и их коррекция. Патогенез нарушений системной гемодинамики при тяжелой черепно-мозговой травме. Артериальная гипертензия и ее причины. Артериальная гипотензия и ее причины. Особая опасность артериальной гипотензии в условиях нарушенной ауторегуляции мозговых сосудов. Коррекция гемодинамических расстройств. Методы ликвидации абсолютной и относительной гиповолемии. Борьба с нарушениями реологии крови. Инфузионная терапия на фоне отека мозга. Опасность избыточной регидратации. Респираторные нарушения при черепно-мозговой травме и их терапия. Трахеобронхиальная непроходимость у больных с черепно-мозговой травмой. Ее причины и следствия. Аспирация крови, содержимого желудка и ротоносоглотки. Альвеолярная гиповентиляция как следствие прямого или опосредованного повреждения продолговатого мозга. Альвеолярная гипервентиляция как результат лактацидоза. Изменения в паренхиме легкого в результате аспирации и нейродистрофических нарушений. «Пестрое легкое» нейрохирургического больного. Резкое возрастание сосудистого «шунта» в малом круге как причина стойкой артериальной гипоксемии при тяжелой травме головного мозга. Искусственная вентиляция легких при спонтанной гиповентиляции. Показания к ИВЛ при спонтанной гипервентиляции. Показания к ППД как средству борьбы со стойкой артериальной гипоксемией. Особенности длительной автоматической вентиляции легких у больных разбираемой группы. Выбор режимов ИВЛ. Применение высокочастотной ИВЛ. Показания, техника, аппаратура. Управляемая гипервентиляция как метод регуляции церебрального кровообращения в очаге поражения. Эффект Робин Гуда. Опасности избыточной гипервентиляции. Нарушения функции ЖКТ у пациентов с черепно-мозговой травмой. Патогенез и диагностика нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Парентеральное и зондовое питание. Нарушения водно-электролитного баланса и их коррекция. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена. Механизм задержки натрия и воды. Патогенез отека головного мозга при черепно-мозговой травме. Противоотечная терапия (осмотические препараты, кортикостероиды, нейровегетативная блокада, управляемая умеренная гипокапния). Лечебная гипотермия (краниocereбральная и общая) для борьбы с гипоксией и отеком мозга. Нарушения иммунного статуса при тяжелой черепно-мозговой травме. Патогенез иммунодефицитных состояний и их коррекция. Методы повышения активности иммунных систем организма у больного с критической черепно-мозговой травмой. Профилактика инфекционных осложнений. Интенсивная терапия и уход в условиях длительного бессознательного состояния после ликвидации витальных нарушений. Профилактика и лечение пролежней. Показания к переводу больного из отделения реанимации в специализированные неврологические и нейрохирургические отделения. Ранний прогноз при тяжелой черепно-мозговой травме. Реанимация и интенсивная терапия при критической черепно-мозговой травме. Реанимация на догоспитальном этапе, как важнейший фактор в лечении больного с критической черепно-мозговой травмой. Профилактика аспирации, борьба с дыхательными расстройствами и артериальной гипотензией в процессе транспортировки.

2.2 Реанимация и интенсивная терапия при острых нарушениях мозгового кровообращения. Патогенез витальных нарушений при расстройствах мозгового кровообращения и оценка их тяжести. Механизм возникновения ишемического инсульта. Механизм возникновения геморрагического инсульта. Роль артериальной гипертензии. Дифференциальная диагностика этих состояний. Патогенез общемозговых проявлений

при инсультах. Патофизиология нарушений жизненно важных органов и систем при инсультах. Реанимация и интенсивная терапия при расстройствах мозгового кровообращения. Особенности реанимации и интенсивной терапии в зависимости от вида инсульта. Принципы антикоагулянтной терапии. Показания и борьба с центрогенной и шунтодиффузионной дыхательной недостаточностью. Показания к ИВЛ. Коррекция нарушений макро- и микроциркуляции в большом и малом кругах кровообращения. Применение ГБО при расстройствах мозгового кровообращения для целей реанимации и реабилитации. Уход за больными с нарушениями мозгового кровообращения.

3. Реанимация и интенсивная терапия при острой недостаточности кровообращения

3.1 Реанимация и интенсивная терапия при геморрагическом шоке и гиповолемии. Шок, определение, классификация. Геморрагический шок как наиболее часто встречающаяся форма шока у детей. Этиология геморрагического шока. Клинические проявления. Определение степени тяжести шока. Основные направления терапии. Основные причины гиповолемии у детей, клиника и диагностика. Терапия гиповолемического шока.

3.2 Интенсивная терапия при острых кардиологических состояниях. Нарушения ритма сердца у детей, этиология. Пароксизмальная тахикардия – потенциально опасная аритмия, причины ее развития в детском возрасте. Острые нарушения гемодинамики при врожденных пороках сердца. Гипоксические кризы. Острая сердечная недостаточность у детей, этиология, клиника, неотложные мероприятия.

4. Реанимация и интенсивная терапия при острой респираторной недостаточности

4.1 Патофизиология дыхания. Физиологические механизмы нарушения вентиляции. Физиологические механизмы нарушения легочного кровотока. Механизмы нарушения альвеоло-капиллярной диффузии. Шунто-диффузионная дыхательная недостаточность. Патофизиология гипоксии, респираторного ацидоза и алкалоза.

4.2 Основы мониторинга газообмена. Капнография и капнометрия, клинко-диагностическое значение. Показатели капнограммы в норме и патологии. Диагностика критических состояний с использованием капнографии. Анализ кислотно-основного состояния. Основные показатели КОС, отражающие газообмен. КОС в норме и патологии. Респираторный ацидоз, критерии компенсации и декомпенсации. Респираторный алкалоз, этиология и клинические проявления.

4.3 Реанимация и интенсивная терапия при дыхательной недостаточности. Показания для перевода пациента в ОРИТ. Признаки компенсации и декомпенсации респираторных нарушений. Основные пути коррекции респираторных нарушений. Способы доставки кислорода и улучшения оксигенации тканей. Показания для перевода на ИВЛ. Подбор параметров ИВЛ. Показатели респираторной системы, свидетельствующие о регрессе дыхательных нарушений. Перевод пациента на вспомогательные режимы ИВЛ и спонтанное дыхание. Особенности инфузионной терапии при дыхательной недостаточности. Интенсивная терапия при респираторной недостаточности различного генеза. Особенности интенсивной терапии и ИВЛ при обструктивных и рестриктивных формах респираторной недостаточности.

4.4. Общие принципы респираторной поддержки у детей. Основные причины респираторной недостаточности у детей различных возрастных групп. Показания для перевода ребенка в ОРИТ. Основные системы дотации кислорода у детей. Показания для перевода на ИВЛ. Особенности проведения ИВЛ у детей разного возраста.

5. Интенсивная терапия острой иммунной недостаточности у взрослых и детей

5.1 Современные принципы диагностики и лечения сепсиса у детей. Определение, классификация, патофизиология. Критерии диагностики сепсиса у детей. Клиническое течение у детей разных возрастных групп.

5.2 Интенсивная терапия септического шока. Инфекционно-септический шок. Этиология и факторы, способствующие развитию септического шока. Патофизиология инфекционно-токсического шока. Клиника в зависимости от характера микрофлоры. Реанимация и интенсивная терапия при септическом шоке.

5.3 Рациональная антибиотикотерапия септических состояний. Эмпирическая антибиотикотерапия. Препараты выбора – цефалоспорины III поколения. Схемы антибактериальной терапии при известном возбудителе и локализации септического очага. Использование иммуномодуляторов и иммунопротекторов в терапии сепсиса. Место сорбционных методов детоксикации и квант-терапии в программе интенсивной терапии.

6. Интенсивная терапия метаболических нарушений и жизнеугрожающих состояний, обусловленных эндокринопатиями

6.1 Сахарный диабет. Основные осложнения сахарного диабета. Диабетический кетоацидоз. Этиология, патофизиология, клинические проявления и диагностика. Основные направления терапии диабетического кетоацидоза. Особенности инфузионной терапии. Инсулинотерапия. Критерии купирования кетоацидоза.

6.2 Гипогликемия. Этиология, патофизиология, клинические проявления и диагностика. Терапия гипогликемии.

6.3 Острая надпочечниковая недостаточность. Этиология, патофизиология, клинические проявления и диагностика. Интенсивная терапия надпочечниковой недостаточности.

6.4 Нарушения водно-электролитного баланса. Нарушения водного баланса – дегидратация и гипергидратация. Клинические проявления, диагностика и терапия. Нарушения электролитного баланса – гипокалиемия, гипокальциемия, гиперкальциемия, гипомagneмия, гипермагнемия, гипохлоремия, гиперхлоремия. Клинические проявления и терапия. Экстренная терапия остро развившейся гиперкалиемии.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

По дисциплине	<u>«Практика по неотложным медицинским манипуляциям»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Лечебное дело, 31.05.01</u> (наименование и код специальности)

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Задания для самостоятельной работы

Задания для самостоятельной работы включают: вопросы для самоконтроля; написание курсовой работы; подготовку типовых заданий для самопроверки и другие виды работ.

Контроль качества выполнения самостоятельной работы по дисциплине (модулю) включает опрос, тесты, оценку курсовой работы, зачет и представлен в разделе 8. «Оценка самостоятельной работы обучающихся».

Выполнение контрольных заданий и иных материалов проводится в соответствии с календарным графиком учебного процесса.

Методические указания по подготовке к самостоятельной работе

Для организации самостоятельного изучения тем (вопросов) дисциплины (модуля) создаются учебно-методические материалы.

Самостоятельная работа студентов обеспечивается следующими условиями:

- наличие и доступность необходимого учебно-методического и справочного материала;
- создание системы регулярного контроля качества выполненной самостоятельной работы;
- консультационная помощь преподавателя.

Методически самостоятельную работу студентов обеспечивают:

- графики самостоятельной работы, содержащие перечень форм и видов аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов, цели и задачи каждого из них;
- сроки выполнения самостоятельной работы и формы контроля над ней;
- методические указания для самостоятельной работы обучающихся, содержащие целевую установку и мотивационную характеристику изучаемых тем, структурно-логические и графологические схемы по изучаемым темам, списки основной и дополнительной литературы для изучения всех тем дисциплины (модуля), вопросы для самоподготовки.

Методические указания разрабатываются для выполнения целевых видов деятельности при подготовке заданий, полученных на занятиях семинарского типа и др.

Методический материал для самостоятельной подготовки представляется в виде литературных источников.

В список учебно-методических материалов для самостоятельной работы обучающихся входит перечень библиотечных ресурсов учебного заведения и других материалов, к которым обучающийся имеет возможность доступа.

Оценка самостоятельной работы обучающихся

Оценка самостоятельной работы – вид контактной внеаудиторной работы преподавателей и обучающихся по образовательной программе дисциплины (модуля). Контроль самостоятельной работы осуществляется преподавателем, ведущим занятия семинарского типа.

Оценка самостоятельной работы учитывается при промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) в период зачетно-экзаменационной сессии.

Виды оценки результатов освоения программы дисциплины:

- текущий контроль,
- промежуточная аттестация (зачет).

Текущий контроль.

Предназначен для проверки индикаторов достижения компетенций, стимулирования учебной работы обучающихся и совершенствования методики освоения новых знаний.

Проводится в течение семестра по всем видам и разделам учебной дисциплины, охватывающим компетенции, формируемые дисциплиной: опросы, дискуссии, тестирование, доклады, рефераты, курсовые работы, другие виды самостоятельной и аудиторной работы.

Рабочая программа учебной дисциплины должна содержать описание шкалы количественных оценок с указанием соответствия баллов достигнутому уровню знаний для каждого вида и формы контроля.

В процессе текущего контроля в течение семестра могут проводиться рубежные аттестации.

Текущий контроль знаний студентов, их подготовки к семинарам осуществляется в устной форме на каждом занятии.

Промежуточная аттестация.

Предназначена для определения уровня освоения индикаторов достижения компетенций. Проводится в форме зачета после освоения обучающимся всех разделов дисциплины «Практика по неотложным медицинским манипуляциям» и учитывает результаты обучения по дисциплине по всем видам работы студента на протяжении всего курса

Время, отведенное для промежуточной аттестации, указывается в графиках учебного процесса как «Сессия» и относится ко времени самостоятельной работы обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплинам, для которых не предусмотрены аттестационные испытания, может совпадать с расписанием учебного семестра.

Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Практика по неотложным медицинским манипуляциям».

Перечень оценочных средств уровня освоения учебной дисциплины и достижения компетенций включает:

- 1) контрольные вопросы;
- 2) задания в тестовой форме;
- 3) ситуационные задачи;

- 4) контрольные задания;
- 5) практические задания.

Системы оценки освоения программы дисциплины.

Оценка учебной работы обучающегося может осуществляться 1) по балльно-рейтинговой системе (БРС), которая является накопительной и оценивается суммой баллов, получаемых в процессе обучения по каждому виду деятельности, составляя в совокупности максимально 100 баллов; 2) по системе оценок ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System* – Европейской системы перевода и накопления кредитов) и 3) в системе оценок, принятых в РФ (по пятибалльной системе, включая зачет).

Соответствие баллов и оценок успеваемости в разных системах

<i>Баллы БРС (%)</i>	<i>Оценки ECTS</i>	<i>Оценки РФ</i>
100–95	A	5+
94–86	B	5
85–69	C	4
68–61	D	3+
60–51	E	3
50–31	Fx	2
30–0	F	Отчисление из вуза
Более 51 балла	Passed	Зачет

Студенты, получившие оценку Fx, зачета не имеют и направляются на повторное обучение. Студенту, не получившему зачет по дисциплине «Практика по неотложным медицинским манипуляциям», предоставляется возможность сдавать его повторно (в установленные деканатом сроки).

В традиционной системе оценок, принятых в РФ, критерием оценки является «зачет» или «не зачет» по итогам работы обучающегося на протяжении семестра.

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю), в том числе перечень учебной литературы и ресурсов информационно-коммуникационной сети «интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

При изучении дисциплины (модуля) обучающиеся могут использовать материалы лекции, учебника и учебно-методической литературы, интернет-ресурсы.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ОБУЧАЕМЫМ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

По дисциплине	<u>«Практика по неотложным медицинским манипуляциям»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Лечебное дело, 31.05.01</u> (наименование и код специальности)

6.1. Методические указания к практическим занятиям

См. методические разработки к практическим занятиям.

6.2. Формы и методика базисного, текущего и итогового контроля

Базисный контроль выполняется по разделам программы дисциплины «Практика по неотложным медицинским манипуляциям» для высших учебных заведений на первом практическом занятии путем проведения собеседования.

На основании полученных результатов определяются базовые знания обучающихся.

Текущий контроль выполняется путем:

- проведения и оценки устных или письменных опросов на лекциях и практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения заданий на практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения самостоятельных и контрольных заданий на практических занятиях;
- проверки и оценки качества ведения конспектов.

Промежуточный контроль проводится по завершении раздела и осуществляется в форме тестового опроса. На основании процента правильных ответов определяется результат промежуточного контроля.

Итоговый контроль выполняется приемом недифференцированного зачета, на котором оценивается степень усвоения обучающимися содержания дисциплины в целом.

К зачету допускаются обучающиеся, выполнившие полностью учебную программу.

Зачет состоит трех частей:

- проверка уровня освоения дисциплины в виде тестирования;
- собеседование по теоретическому вопросу;
- выполнение практического задания.

Контролирующие задания в тестовой форме по циклу с указанием раздела приводятся в разделе «Банки контрольных заданий и вопросов (тестов) по отдельным темам и в целом по дисциплине».

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ
ОБЕСПЕЧЕНИЕ

По дисциплине «Практика по неотложным медицинским манипуляциям»
(наименование дисциплины)

Для специальности Лечебное дело, 31.05.01
(наименование и код специальности)

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования		Примечание
	Необходимо	Фактическое наличие	
1	2	3	4
Ауд. № 1 «Лекционная аудитория»	1. Мультимедиа-проектор - 1	1. Доска - 3 2. Оверхед-проектор - 3 3. Ноутбук - 1 4. Слайдпроектор – 6 5. LCD-проектор – 1 6. Экран – 2	Телевизор и видеоманитофон используются для внедрения инноваций по дисциплине
Ауд. № 2 «Компьютерный класс»		Стационарный класс ПК в составе: - компьютеров - 6 - принтер лазерный HP1020	Программное обеспечение: MS Office, Internet, тестовая программа с банком заданий по циклу «Неотложная помощь»
Ауд. № 3 «Учебный класс»		1. Доска 2. Слайдпроектор 3. Экран	
Ауд. № 4 «Учебный класс»		1. Доска 2. Слайдпроектор 3. Экран	
Ауд. № 5 «Учебный класс»		1. Доска 2. Слайдпроектор 3. Экран	
Учебные комнаты на 10 клинических базах кафедры		1. Доски 2. Оверхед-проекторы 3. Ноутбуки 4. Слайдпроекторы 5. LCD-проекторы 6. Экраны	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ

По дисциплине	«Практика по неотложным медицинским манипуляциям» <small>(наименование дисциплины)</small>
Для специальности	Лечебное дело, 31.05.01 <small>(наименование и код специальности)</small>

При изложении материала цикла профессорско-преподавательским составом кафедры широко используются современные информационные и коммуникационные технологии. Весь материал, составляющий цикл «Анестезиология и реаниматология» представлен в электронном виде и легко доступен каждому студенту.

Большая часть лекционного материала представлена в виде электронных схем и рисунков, что также позволяет сочетать изложение теоретических основ дисциплины и конкретных практических рекомендаций.

При проведении практических занятий также широко используются современные информационные технологии.

Все материалы по освоению манипуляций представлены видеороликами, выполненными сотрудниками кафедры. Во время демонстрации видеороликов преподаватель имеет возможность приостанавливать показ и акцентировать внимание студентов на наиболее важных моментах. Имеется также возможность неоднократного повторения необходимого фрагмента, что способствует максимально быстрому освоению манипуляции на уровне знания и умения.

Все рекомендации и алгоритмы действий при различных критических состояниях также представлены в виде электронных таблиц и схем. Во время практических занятий проводится демонстрация учебных фильмов, также выполненных при активном участии сотрудников кафедры. Во время самостоятельной работы студентов используются манекены и обучающие компьютерные программы с обратной связью, применяется методика групповых тренингов.

Контроль усвоения материала проводится с использованием специальных тестовых программ, обучающих программ с обратной связью. Все источники литературы, рекомендуемые для самостоятельного изучения, также представлены в электронном виде и легко доступны.

Сотрудниками кафедры создан сайт в Интернете, где студенты легко могут найти всю необходимую информацию, как по формам проведения занятий, так и по используемым материалам. Материалы сайта ежемесячно обновляются и дополняются, а потому вся информация, представленная на сайте, является оперативной и отражает происходящие изменения.

В дальнейшем на кафедре планируется проведение циклов с использованием видеоконференций.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ, ИЗДАННЫХ СОТРУДНИКАМИ
КАФЕДРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

По дисциплине «Практика по неотложным медицинским манипуляциям»
(наименование дисциплины)

Для специальности Лечебное дело, 31.05.01
(наименование и код специальности)

№ п/п	Название (кол-во стр. или печ. лист.)	Автор(ы)	Год издания	Издательство	Гриф органов исполнительной власти	Примечание
1.	Педиатрическая анестезиология-реаниматология. Частные разделы. 408 с.	Гордеев В.И. Александрович Ю.С.	2004	Санкт-Петербургское медицинское издательство. СПб,		
2.	Базисная и расширенная реанимация у детей. 160 с.	Александрович Ю.С. Гордеев В.И.	2007	СПБ, Изд-во «Сотис»		
3.	Этические, юридические и страховые аспекты анестезиологии и реаниматологии. 39 с.	Гордеев В.И. Александрович Ю.С.	2004.	Пособие для врачей. Изд-во СПбГПМА		
4.	Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности 36 с.	Александрович Ю.С. Гордеев В.И. Куличкин Ю.В. Шишков В.В. Дорошук Р.Е.	2000.	Учебное пособие. СПб. Изд-во СПбГПМА		
5.	Интенсивная терапия острой церебральной недостаточности травматического генеза 32 с.	Александрович Ю.С.	2003	Учебное пособие для врачей. . СПб. Изд-во СПбГПМА		
6.	Антибиотики в педиатрической интенсивной терапии 60 с.	Гордеев В.И. Александрович Ю.С.	2006	Пособие для врачей. Издание второе, переработанное и дополненное. Изд-во		

				СПбГПМА		
7.	АВС инфузионной терапии и парентерального питания в педиатрии 64 с.	Гордеев В.И. Александрович Ю.С.	2006	Пособие для врачей. Издание второе, переработан- ное и дополненное Изд-во СПбГПМА		

федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА

По дисциплине	<u>«Практика по неотложным медицинским манипуляциям»</u> <small>(наименование дисциплины)</small>
Для специальности	<u>Лечебное дело, 31.05.01</u> <small>(наименование и код специальности)</small>

Воспитательный процесс на кафедре организован на основе рабочей программы «Воспитательная работа» ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России и направлен на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающихся на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в российском обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства, формирование у обучающихся чувства патриотизма, гражданственности, уважения к закону и правопорядку, человеку труда и старшему поколению, взаимного уважения, бережного отношения к культурному наследию и традициям многонационального народа Российской Федерации, природе и окружающей среде.

Воспитательная работа осуществляется в соответствии с отечественными традициями высшей школы и является неотъемлемой частью процесса подготовки специалистов.

Воспитание в широком смысле представляется как «совокупность формирующего воздействия всех общественных институтов, обеспечивающих передачу из поколения в поколение накопленного социально-культурного опыта, нравственных норм и ценностей».

Целью воспитания обучающихся ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России является разностороннее развитие личности с высшим профессиональным образованием, обладающей высокой культурой, интеллигентностью, социальной активностью, качествами гражданина-патриота.

Основная задача в воспитательной работе с обучающимися - создание условий для раскрытия и развития творческих способностей, гражданского самоопределения и самореализации, гармонизации потребностей в интеллектуальном, нравственном, культурном и физическом развитии.

Наиболее актуальными являются следующие задачи воспитания:

1. Формирование высокой нравственной культуры.
2. Формирование активной гражданской позиции и патриотического сознания, правовой и политической культуры.
3. Формирование личностных качеств, необходимых для эффективной профессиональной деятельности.
4. Привитие умений и навыков управления коллективом в различных формах студенческого самоуправления.

5. Сохранение и приумножение историко-культурных традиций университета, преемственность в воспитании студенческой молодежи.
6. Укрепление и совершенствование физического состояния, стремление к здоровому образу жизни, воспитание нетерпимого отношения к курению, наркотикам, алкоголизму, антиобщественному поведению.

Решить эти задачи возможно, руководствуясь в работе принципами:

- гуманизма к субъектам воспитания;
- демократизма, предполагающего реализацию системы воспитания, основанной на взаимодействии, на педагогике сотрудничества преподавателя и студента;
- уважения к общечеловеческим отечественным ценностям, правам и свободам граждан, корректности, толерантности, соблюдения этических норм;
- преемственности поколений, сохранения, распространения и развития национальной культуры, воспитания уважительного отношения, любви к России, родной природе, чувства сопричастности и ответственности за дела в родном университете.

На кафедре созданы оптимальные условия для развития личности обучающегося, где студентам оказывается помощь в самовоспитании, самоопределении, нравственном самосовершенствовании, освоении широкого круга социального опыта.

федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии
им. профессора В.И.Гордеева

ДИСТАНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ
В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

По дисциплине «Практика по неотложным медицинским манипуляциям»
(наименование дисциплины)

Для специальности Лечебное дело, 31.05.01
(наименование и код специальности)

В целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-COV2, Университет по рекомендации и в соответствии с указаниями Министерства здравоохранения Российской Федерации временно реализует образовательную программу с применением дистанционных методик обучения.

В условиях, когда невозможно осуществлять образовательный процесс в традиционной форме и традиционными средствами, существуют альтернативы. Альтернативные формы, методы и средства обучения не могут заменить традиционные и они требуют оптимизации и доработки, но в условиях форс-мажорных обстоятельств могут быть реализованы. Время преподавания на кафедре с применением дистанционных методик регламентируется приказами ректора Университета, решениями Ученого совета и Учебным планом.

При реализации образовательных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в организации, осуществляющей образовательную деятельность, в Университете созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды, включающей в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств и обеспечивающей освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. (Федеральный закон от 29 декабря 2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»).

Дистанционные образовательные технологии – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном (на расстоянии) или частично опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника (ГОСТ 52653- 2006).

Под дистанционным обучением понимают взаимодействие обучающегося и преподавателя между собой на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения) и

реализуемое специфичными средствами Интернет-технологий или другими средствами, предусматривающими интерактивность. В настоящее время существуют и другие варианты этого термина: дистантное образование, дистанционное образование. При дистанционном обучении основным является принцип интерактивности во взаимодействии между обучающимися и преподавателем.

Структура дистанционного обучения представлена на рисунке 1:



Рис. 1 Структура дистанционного обучения

Преподаватель (субъект) должен выбрать средства обучения, которые соответствуют потребностям объекта, что полностью отражает структуру дистанционного взаимодействия.

Основные отличительные черты дистанционного образования от традиционного заключаются в следующем:

1. Важной отличительной чертой дистанционного обучения является «дальнодействие», т.е. обучающийся и преподаватель могут находиться на любом расстоянии;
2. Экономическая эффективность, т.е. отсутствие транспортных затрат и затрат на проживание и т.п.

Введение дистанционного обучения в Университете позволило определить средства, с помощью которых оно реализуется: Zoom, Discord, Whereby, Skype, Moodle (модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда) и другие.

Электронная образовательная среда Moodle (ЭОС Moodle) – бесплатная система электронного обучения, с простым и понятным интерфейсом, надежная, адаптированная под различные устройства с различными операционными системами, которая дает возможность проектировать и структурировать образовательные курсы на усмотрение Университета и кафедры.