


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

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

 Проректор по учебной работе
профессор А.И. Яременко



ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Повышение
квалификации «Избранные вопросы амбулаторной хирургии», 144 ч
(наименование дисциплины)

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

Факультет Послевузовского образования
(наименование факультета)

Кафедра Хирургия госпитальная №2 с клиникой
(наименование кафедры)

Санкт-Петербург
2019

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

ОП ДПО «Избранные вопросы амбулаторной хирургии» обсуждена на заседании кафедры госпитальной хирургия №2 с клиникой « 23 » декабря 2019 г., протокол заседания № 4

Заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.



С.М. Яшин

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

Председатель цикловой методической комиссии

Декан ФПО, профессор, д.м.н.



Н.Л. Шапорова

СОДЕРЖАНИЕ

| НАИМЕНОВАНИЕ РАЗДЕЛА | Стр. |
|--|------|
| 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ | 4 |
| <i>1.1. Цель реализации программы</i> | 4 |
| <i>1.2. Планируемые результаты обучения</i> | 4 |
| <i>1.3. Перечень профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения.</i> | 4 |
| <i>1.4. Требования к уровню образования слушателя</i> | 7 |
| <i>1.5. Нормативный срок освоения программы</i> | 7 |
| <i>1.6. Форма обучения</i> | 7 |
| 2. ТРЕБОВАНИЯ К СОДЕРЖАНИЮ ПРОГРАММЫ | 8 |
| <i>2.1. Учебный план</i> | 8 |
| <i>2.2. Календарный учебный график</i> | 9 |
| <i>2.3. Рабочая программа учебных модулей</i> | 10 |
| 3. Организационно-педагогические условия | 13 |
| <i>3.1. Требования к квалификации педагогических кадров, представителей предприятий и организаций, обеспечивающих реализацию образовательного процесса</i> | 13 |
| <i>3.2. Материально-технические условия реализации программы</i> | 13 |
| <i>3.3. Учебно-методическое обеспечение программы</i> | 14 |
| 4. Формы аттестации | 15 |
| <i>4.1. Формы промежуточной и итоговой аттестации</i> | 15 |
| <i>4.2. Контроль и оценка результатов освоения</i> | 15 |
| <i>4.3. Форма документа, выдаваемого по результатам освоения программы</i> | 15 |
| 5. Оценочные материалы и иные компоненты | 17 |
| <i>5.1. Программа тестовых заданий для итоговой аттестации</i> | 17 |
| <i>5.2. Стандартный имитационный модуль «Базовая сердечно-легочная реанимация с автоматической наружной дефибрилляцией»</i> | 120 |
| 6. Составители программы | 140 |

1.ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1. Цель реализации программы повышения квалификации «Избранные вопросы амбулаторной хирургии»

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

1.2. Планируемые результаты обучения

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

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

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

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

Слушатель *будет уметь* проводить профилактику наиболее распространенных в амбулаторной практике хирургических заболеваний, организовать и проводить диспансеризацию и диспансерное наблюдение за больными с хронической хирургической патологией артерий, вен, лимфатических сосудов, дегенеративно-воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата, прямой кишки; внутренних органов в амбулаторных условиях.

Указанные изменения улучшат у обучающегося, в рамках его трудовой деятельности, готовность к последующему осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания. Таким образом это будет способствовать профессиональному росту трудовой функции код А/05.8 у врачей-хирургов амбулаторно-поликлинических учреждений.

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

Слушатель *будет знать* современные представления об этиопатогенезе особенности проявления клиники и алгоритме диагностики таких распространенных в амбулаторной практике хирургических заболеваний, как инфекционно-воспалительные заболевания кожи, мягких тканей, костей и суставов; острые и хронические заболевания артерий, вен, лимфатических сосудов, дегенеративно-воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, поверхностные новообразования, заболевания прямой кишки; urgentные хирургические заболевания внутренних органов.

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

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

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

Слушатель *будет знать* современные стандарты и принципы комплексного лечения таких распространенных в амбулаторной практике хирургических заболеваний, как инфекционно-воспалительные заболевания кожи, мягких тканей, костей и суставов; острые и хронические заболевания артерий, вен, лимфатических сосудов, дегенеративно-воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, поверхностные новообразования, заболевания прямой кишки; urgentные хирургические заболевания внутренних органов, принципы оказания первой экстренной помощи и реанимационных мероприятий.

Слушатель *будет уметь* осуществлять современное амбулаторно лечение таких распространенных в амбулаторной практике хирургических заболеваний, как инфекционно-воспалительные заболевания кожи, мягких тканей, костей и суставов; острые и хронические заболевания артерий, вен, лимфатических сосудов, дегенеративно-воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, поверхностные новообразования, заболевания прямой кишки; urgentные хирургические заболевания внутренних органов, с учетом личностно-ориентированного подхода в соответствии с национальными клиническими протоколами, рекомендациями, стандартами; оказывать первую помощь и проводить базовую сердечно-легочную реанимацию с автоматической наружной дефибрилляцией

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

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

Слушатель *будет знать* современные принципы организации реабилитации на амбулаторном уровне пациентов при таких распространенных в амбулаторной практике хирургических заболеваний, как инфекционно-воспалительные заболевания кожи, мягких тканей, костей и суставов; острые и хронические заболевания артерий, вен, лимфатических сосудов, дегенеративно-воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, поверхностные новообразования, заболевания прямой кишки; хирургические заболевания внутренних органов.

Слушатель *будет уметь организовать* на амбулаторном уровне современную реабилитацию пациентов при такой таких распространенных в амбулаторной практике хирургических заболеваниях, как инфекционно-воспалительные заболевания кожи, мягких тканей, костей и суставов; острые и хронические заболевания артерий, вен, лимфатических сосудов, дегенеративно-воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата, поверхностные новообразования, заболевания прямой кишки; хирургические заболевания внутренних органов.

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

1.3. Требования к уровню образования слушателя

Врач-хирург;

1.4. Нормативный срок освоения программы

144 часа (4 ЗЕ)

1.5. Форма обучения

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

2.1. Учебный план

| № п/п | Наименование модулей | Всего часов | Трудоемкость, часов | | | | | Форма контроля |
|-------|---|-------------|---------------------|---|-----------------------|----------------------|------------------------|----------------|
| | | | Лекции | Иные виды аудиторной учебной работы (семинарские занятия) | Симуляционные занятия | Практические занятия | Самостоятельная работа | |
| 1 | Современное состояние основные направления развития и | 6 | 2 | 3 | | | 1 | опрос |

| | | | | | | | | |
|----|--|----|----|---|---|----|---|--|
| | совершенствовани я организации амбулаторной хирургической помощи в РФ | | | | | | | |
| 2. | Заболевания кровеносных и лимфатических сосудов в практике амбулаторного хирурга | 30 | 10 | 5 | | 10 | 5 | опрос |
| 3. | Хирургические инфекции кожи и мягких тканей, костей. суставов в практике амбулаторного хирурга | 36 | 9 | 9 | | 12 | 6 | опрос |
| 4. | Поверхностные новообразования | 18 | 3 | 4 | | 6 | 3 | опрос |
| 5. | Дегенеративно- воспалительные и дегенеративно- дистрофические заболевания опорно- двигательного аппарата в практике амбулаторного хирурга | 18 | 6 | 9 | | | 3 | опрос |
| 6. | Проктологические заболевания в практике амбулаторного хирурга | 18 | 6 | 9 | | | 3 | опрос |
| 7. | Ургентные заболевания и состояния в практике амбулаторного хирурга . Базовая сердечно- легочная реанимация с автоматической наружной дефибрилляцией. | 12 | 3 | 3 | 4 | | 2 | опрос зачет по освоению навыков |
| 8. | Итоговая аттестация | 6 | | | | | | Компьютерно е |

| | | | | | | | | |
|--|---------------|------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|------------------------------------|
| | | | | | | | | тестирование, собеседовани е |
| | ИТОГО: | 144 | 39 | 42 | 4 | 28 | 23 | |

2.2. Календарный учебный график

| № п/п | Наименование модуля | Форма проведения занятия | Даты, время занятия |
|-------|---|--|---------------------|
| 1 | Современное состояние основные направления развития и совершенствования организации амбулаторной хирургической помощи в РФ | Лекция, семинар, самостоятельная работа | 1-я неделя |
| 2. | Заболевания кровеносных и лимфатических сосудов в практике амбулаторного хирурга | Лекция, семинар, практическое занятие, самостоятельная работа | 1-я неделя |
| 3. | Хирургические инфекции кожи и мягких тканей, костей. суставов в практике амбулаторного хирурга | Лекция, семинар, практическое занятие, самостоятельная работа | 2-я неделя |
| 4 | Поверхностные новообразования | Лекция, семинар, практическое занятие, самостоятельная работа | 2-я неделя |
| 5 | Дегенеративно-воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата в практике амбулаторного хирурга | Лекция, семинар, самостоятельная работа | 3-я неделя |
| 6 | Проктологические заболевания в практике амбулаторного хирурга | Лекция, семинар, самостоятельная работа | 3-я неделя |
| 7 | Ургентные заболевания и состояния в практике амбулаторного хирурга. Базовая сердечно-легочная реанимация с наружной автоматической дефибрилляцией | Лекция, семинар, симуляционное занятие, самостоятельная работа | 4-я неделя |
| 8 | Итоговая аттестация | Компьютерное | 4-я неделя |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| | | тестирование, собеседование | |
|--|--|--------------------------------|--|

2.3. Рабочие программы учебных модулей

| Номер модуля | Наименование модуля | Содержание программы учебного модуля |
|--------------|--|---|
| 1 | Современное состояние основные направления развития и совершенствования организации амбулаторной хирургической помощи в РФ | <p>Основы законодательства по организации хирургической помощи в РФ. Структура организации хирургической помощи , принципы оказания хирургической помощи, особенности оказания ургентной и плановой хирургической помощи в РФ. Особенности организации диспансеризации, диспансерного наблюдение за пациентами с хронической хирургической патологией . Организация и работа центров амбулаторной хирургии, дневных стационаров, Пути совершенствования оказания хирургической помощи. Стационарозамещающая хирургическая помощь и технологии.</p> |
| 2 | Заболевания кровеносных и лимфатических сосудов в практике амбулаторного хирурга | <p>Основы клинической анатомии и физиологии артерий, вен и лимфатических путей конечностей. Классификация хронических заболеваний вен. Варикозная болезнь нижних конечностей, Современные принципы диагностики, стадирования по CEAP, методы профилактики, консервативного и хирургического лечения, особенности современных малоинвазивных инновационных хирургических вмешательств, послеоперационного ведения пациентов и реабилитация. Постромботическая болезнь. Особенности ее клиники, диагностики, лечения, диспансерного наблюдения. Флебоангиодисплазии и флебопатии. Особенности клиники, диагностики, лечения и реабилитации. Острые венозные тромбозы .Хроническая венозная недостаточность..Клиника. диагностика, лечение, профилактика. Клиническая картина, современные методы диагностики, консервативного и хирургического лечения облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Острые артериальные тромбозы и эмболии магистральных артерий конечностей.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | | Клиника, диагностика, лечение, профилактика, реабилитация. Клиника, диагностика, современные методы лечения лимфедемы |
| 3 | Хирургические инфекции кожи и мягких тканей, костей. суставов в практике амбулаторного хирурга | <p>Современные классификации хирургической инфекции кожи и мягких тканей. Первичные неосложненные инфекции кожи и мягких тканей: фурункул, фурункулез; карбункул, гидраденит, рожистое воспаление, целлюлит, флегмона, абсцесс.</p> <p>Первичные осложненные инфекции мягких тканей: некротический целлюлит, некротический фасциит, полимиозит; газовая гангрена. Вторичные инфекции. Укусы Инфекции области хирургического вмешательства Гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы Пролежни Трофические язвы. Гнойные заболевания кисти. Этиология и патогенез. Анатомо-функциональные особенности пальцев и кисти. Панариции Флегмоны кисти Клиническая картина, современные алгоритмы дифференциальной диагностики, консервативного и инновационного хирургическое лечение. Современные перевязочные средства. Анаэробная инфекция Классификация: Микробиологическая классификация анаэробов. Клиническая классификация. Анаэробная клостридиальная инфекция. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Столбняк. Правила забора материала для исследования. Подбор антибактериальной терапии.</p> |
| 4 | Поверхностные новообразования | Клиническая картина и дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных поверхностных новообразований. Тактика ведения пациентов, взаимодействие с онкологами. Принципы современного лечения с использованием инновационных технологий |
| 5 | Дегенеративно-воспалительные и дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата в практике амбулаторного хирурга | Дегенеративно-воспалительные заболевания кисти и верхней конечности: контрактура Дюпюитрена, стенозирующие лигаментиты, эпикондилиты плеча, крепитирующий паратенонит, плечелопаточный периартрит. Остеоартрозы Деформация и отклонение 1 пальца стопы кнаружи Плоскостопие |

| | | |
|---|---|--|
| | | Пяточная шпора Остеохондропатии Воспалительные заболевания суставов Клиника, диагностика, современное консервативное и хирургическое лечение. Блокады и внутрисуставные пункции в практике амбулаторного хирурга Использование ортезов. Подбор корректирующих стелек |
| 6 | Проктологические заболевания в практике амбулаторного хирурга | Геморрой, Анальная трещина, Анальный зуд. Парапроктиты. Эпителиальные копчиковые ходы..Клиника, Современные методы диагностики, консервативного и оперативного лечения. Реабилитация. |
| 7 | Ургентные заболевания и состояния в практике амбулаторного хирурга. Базовая сердечно-легочная реанимация с наружной автоматической дефибрилляцией | Острая ургентная патология органов брюшной полости и забрюшинного пространства («острый живот»). Алгоритм дифференциальной диагностик. Острая ургентная хирургическая патология органов грудной клетки. Спонтанный пневмоторакс, тампонада сердца, тромбоэмболия легочной артерии, инородные тела дыхательных путей . Диагностика .Лечебная тактика. Принципы и техника проведения базовой сердечно-легочной реанимации с наружной автоматической дефибрилляцией. Зачет по усвоению практических навыков проведения реанимационных мероприятий |
| | Итоговая аттестация | Компьютерное тестирование Собеседование. |

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

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

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

3.2. Материально-технические условия реализации программы

| <u>Наименование специализированных аудиторий,</u> | <u>Вид занятий</u> | <u>Наименование оборудования, программного обеспечения</u> |
|---|--------------------|--|
|---|--------------------|--|

| <u>кабинетов, лабораторий</u> | | |
|---|---|---|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| Лекционные аудитории университета | Лекции | Компьютер (PowerPoint), с доступом в сеть “Интернет” Мультимедийный проектор |
| Учебные комнаты кафедры | Семинарские занятия Самостоятельная работа | Компьютер (PowerPoint), с доступом в сеть “Интернет” Мультимедийный проектор |
| Центр симуляционных образовательных медицинских технологий университета | Симуляционные занятия | Фантом –симулятор для проведения базовой сердечно-легочной реанимации с использованием автоматического наружного дефибриллятора |
| Палаты хирургических отделений, операционные, клиник университета и поликлиник, являющихся клиническими базами кафедры ка | Клинические и практические занятия | Средства дистанционной визуализации |

3.3. Учебно-методическое обеспечение программы

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная:

1. Амбулаторно-поликлиническая хирургия : учебник для студентов ст. курсов, интернов и клинич. ординаторов-хирургов / Первый Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т им. И. П. Павлова ; под ред. В. В. Гриценко, С. М. Яшина. - СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2013. - 451 с., [2] л. цв. ил. : ил., табл. - Библиогр.: с. 440-450 (186 назв.). - ISBN 978-5-88999-187-8

В библиотеке университета в наличии 426 экземпляров,

2. Амбулаторная хирургия детского возраста : учеб. пособие / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 143 с., [1] л. цв. ил. : ил., табл. –

В библиотеке университета в наличии 2 экземпляра

Для самостоятельной подготовки обучающихся к итоговой аттестации:

3. Галилеева А.Н., Давыденко В.В., Грицаенко Д.П., Карпович В.Б., Зинкевич М.В., Жигало А.В., Жемаев М.В., Колбин А.С. Избранные вопросы амбулаторной хирургии (сборник тестовых заданий для врачей-хирургов) / Под редакцией С.М. Яшина. - СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2017. - 94 с.

В библиотеке университета в наличии 74 экземпляра

4. Атлас амбулаторной хирургии / под редакцией В. Е. Г. Томаса, Н. Сеннинжера. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 274 с
5. Ельшанский И В.: Амбулаторная хирургия, флебология, артрология для врачей и пациентов. Учебное пособие // Изд-во Кнорус.-2019.- 290 с
6. Кязимов, М.Х. Амбулаторная хирургия: Практические рекомендации // М.: Ленанд, 2015. - 104 с
7. Клиническая хирургия (для последипломного образования) /Евтихов Р.М., М.Е. Путин, А.М. Шулушко Б.И. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005.- 864 с. Учебное пособие соответствует программе курса хирургических болезней, утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития РФ.
8. Лихванцев В. В. Анестезия в малоинвазивной хирургии. // М.: Миклош, 2015.- - 352 с.
9. Руководство по амбулаторной хирургической помощи /под. ред. П.Н. Олейникова 2-е издание, переработанное и дополненное - М.: ГЭОТАР-Медиа.-2018.- 440 с.

Дополнительная

1. Местное обезболивание в неотложной хирургии. Учебное пособие – Волгоград: 2001, - 122 с.
2. Линденбаум И.С. Методика исследования хирургического больного.- 4-е изд., перераб. и доп.-Л.: Медгиз, Лен. отд., 1957- 225с.
3. Яблоков Е.Г. и др. Хроническая венозная недостаточность.- М., 1999.
4. Веденский А.Н. Варикозная болезнь.- Л.: Медгиз. Лен. отд., 1983.- 207с.
5. Савельев В.С., Думпе Э.П. Болезни магистральных вен.- М., 1972.- 440с.
6. Ривкин В.А., Дульцев Ю.В., Капуллер Л.Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала.- М.: Медицина. _ 1994.- 240с.
7. Открытая геморроидэктомия с использованием аппаратно-контролируемой биполярной электрокоагуляции. Пособие для врачей / под ред. Н.А. Яицкого.- СПбГМУ., СПб, 2005.- 19с.
8. Лабораторный контроль антикоагулянтной терапии у хирургических больных.- СПб: СПбГМУ, 2002.- 44с.
9. Рывлин Я.Б. Атлас амбулаторно-поликлинической хирургии. Л.: Медицина, 1973.- 269с.
10. Кузин М.И., Харнас С.Ш. Местное обезболивание.- М.: Медицина, 1982.- 144с.
11. Расмуссен, Тод е. Руководство по ангиологии и флебологии. – М.: Литерра, 2010.- 552 с.

Библиотека кафедры.

1. Амбулаторная хирургия: Справочник практического врача / под ред. Гриценко В.В., Игнатова Ю.Д.- М.: Олма-Пресс, 2002.- 448с.
2. Пособие по амбулаторной хирургии для студентов, интернов и клинических ординаторов в 5 частях/ под ред. В.В. Гриценко, часть 1, 2001.- 78с.
3. Пособие по амбулаторной хирургии для студентов, интернов и клинических ординаторов в 5 частях/ под ред. В.В. Гриценко, часть 2, 2001.- 62с.
4. Пособие по амбулаторной хирургии для студентов, интернов и клинических ординаторов в 5 частях/ под ред. В.В. Гриценко, часть 3, 2002.- 42с.
5. Пособие по амбулаторной хирургии для студентов, интернов и клинических ординаторов в 5 частях/ под ред. В.В. Гриценко, часть 4, 2002.- 172с.
6. Пособие по амбулаторной хирургии для студентов, интернов и клинических ординаторов в 5 частях/ под ред. В.В. Гриценко, часть 5, 2002.- 98с.
7. Трофические язвы нижних конечностей.- СПб,: СПбГМУ, 2004.- 80с.

Законодательные и нормативно-правовые документы

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

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

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

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

Приказ Минобрнауки России от 26 августа 2014 г. N 1110

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

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

Интернет-ресурсы

- <http://www.sciencedirect.com/> / Издательство «Elsiver»
- <http://www.med.ru/> Русский медицинский сервер
- <http://www.medmir.com/> Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке
- <http://www.scopus.com/home.url> / База данных рефератов и цитирования Scopus
- <http://www.ebm-guidelines.com/> / Руководства по медицине
- <http://www.guidelines.gov/> / Международные руководств по медицине
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/> PubMed Всемирная база данных статей в медицинских журналах
- <http://www.iarc.fr/> / Издательство Всемирной организации здравоохранения
- <http://www.who.int/> / Всемирная организация здравоохранения
- <http://www.springer.com/> / Издательство «Springer»
- MEDLINE - <http://PubMed.org>
- EBSCO - <http://search.epnet.com>
- Free Medical Journals – <http://www.freemedicaljournals.com/>
- World Health Organization - <http://www.who.int/en/>

4. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Формы промежуточной и итоговой аттестации

-Промежуточная аттестация - опрос по каждому пройденному учебному модулю

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

-Итоговая аттестация – компьютерное тестирование и собеседование по всему пройденному материалу

-4.2. Контроль и оценка результатов освоения

-4.2.1. Оценка теоретических знаний и практических навыков:

-- зачтено (71 – 100 %)

– не зачтено (70 % и менее)

–

–4.3. Форма документа, выдаваемого по результатам освоения программы

– Удостоверение о прохождении повышения квалификации.

–

–

5. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ИНЫЕ КОМПОНЕНТЫ

5.1. Программа тестовых заданий итоговой аттестации (на бумажном и цифровом носителе)

– Галилеева А.Н., Давыденко В.В., Грицаенко Д.П., Карпович В.Б., Зинкевич М.В., Жигало А.В., Жемаев М.В., Колбин А.С. Избранные вопросы амбулаторной хирургии (сборник тестовых заданий для врачей-хирургов) / Под редакцией С.М. Яшина.- СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2017.- 94 с.

–

–<!-- Хронические облитерирующие заболевания периферических артерий: классификация, клиника, диагностика, тактика лечения. Острый артериальный тромбоз/эмболия.

–

–#L

– В Российской Федерации для оценки выраженности хронической ишемии нижних конечностей рекомендована классификация:

– Фонтейна

–\$! Фонтейна-Покровского

– Резерфорда

– Савельева

–

–#L

– Для 1 стадии хронической ишемии нижних конечностей по классификации Фонтейна - Покровского характерно:

–\$ перемежающаяся хромота с безболевогой дистанцией более 1000м

–\$! отсутствие симптома перемежающейся хромоты, лодыжечно-плечевой индекс более 0,9 менее 1,0

– боли в покое

– трофические нарушения

– перемежающаяся хромота с безболевогой дистанцией менее 1000м

–

–#L

– Для 2а стадии хронической ишемии нижних конечностей по классификации Фонтейна - Покровского характерно:

– перемежающаяся хромота с безболевогой дистанцией более 1000м

– отсутствие симптома перемежающейся хромоты

– боли в покое

– трофические нарушения

–\$! перемежающаяся хромота с безболевогой дистанцией 200-1000м

–

–#L

– Для 2б стадии хронической ишемии нижних конечностей по классификации Фонтейна - Покровского характерно:

– перемежающаяся хромота с безболевогой дистанцией более 1000м

– отсутствие симптома перемежающейся хромоты

- боли в покое
- трофические нарушения
- \$! перемежающаяся хромота с безболевым расстоянием менее 200 м
-
- #L
- Для 3 стадии хронической ишемии нижних конечностей по классификации Фонтейна - Покровского характерно:
 - перемежающаяся хромота с безболевым расстоянием более 1000м
 - отсутствие симптома перемежающейся хромоты
 - \$! боли в покое
 - трофические нарушения
 - перемежающаяся хромота с безболевым расстоянием менее 200
 -
 -
- #L
- Какие данные при физикальном обследовании позволяют заподозрить хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей:
 - \$! ослабление или отсутствие пульсации при пальпации магистральных артерий
 - \$! систолический шум при аускультации над магистральными артериями
 - \$! снижение температуры кожных покровов нижних конечностей по сравнению с другими частями тела
 - усиление пульсации при пальпации магистральных артерий
 - усиление гипертрихоза на нижних конечностях
 -
- #L
- У здоровых лиц в силу особенностей анатомического строения может не определяться пульсация:
 - на общей бедренной артерии
 - на подколенной артерии
 - \$! на задней большеберцовой артерии
 - на артерии тыла стопы
 - на передней большеберцовой артерии
 -
- #L
- Объективным методом оценки и мониторинга степени хронической ишемии нижних конечностей служат:
 - \$! определение плече-лодыжечного индекса (ЛПИ)
 - \$! определение перкутанного напряжения кислорода (Tcro2)
 - данные ангиографии
 - \$ данные ультразвуковой/лазерной доплерофлоуметрии
 - данные мультиспиральной компьютерной ангиографии
 -
- #L
- К облитерирующим заболеваниям сосудов конечностей относятся:
 - \$! атеросклероз
 - \$! эндартериит
 - \$! тромбангит
 - \$ болезнь Рейно
 -
 -
- #L
- Для облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей характерно:

- \$! пожилой возраст
- \$! постепенное медленное развитие заболевания
- \$! нарушение пульсации, появление систолического шума на бедренных артериях
- \$! мозаичный характер поражения артерий эластического типа - стенозирование/окклюзия в зоне бифуркаций
- преимущественное поражение дистальных артерий мышечного типа
-
- #L
- При атеросклерозе преимущественно поражаются артерии:
- \$! подвздошные
- \$! бедренные
- \$! подколенные
-
- #L
- Для визуализации артериального русла, локализации зон и степени стеноза/окклюзии информативны:
- ультразвуковое дуплексное ангиосканирование
- \$! ангиография
- мультиспиральная компьютерной ангиографии
- магнитно-резонансная ангиография
- термография
-
- #L
- В поликлинике больным с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей необходимо проводить:
- \$! диспансерное наблюдение
- \$! диспансерное наблюдение и курсы лечения
- \$! физиотерапевтическое лечение
- стационарное лечение
-
-
- #L
- В лечении хронической ишемии нижних конечностей в 1-2 стадиях эффективно применение:
- \$! лечебной физкультуры - тренирующей ходьбы- для развития коллатерального кровообращения
- \$! электромиостимуляции мышц голени - для развития коллатерального кровообращения
- \$! фотомодификации крови (внутрисосудистое лазерное облучение,) , локальная гипербарическая оксигенация ,магнитотерапия для улучшения микроциркуляции и оксигенации тканей
- \$! фармакотерапия: антитромбоцитарные препараты , пентоксифиллин, вессел-дуэФ
- парентеральное введение простогландинов (вазопростана или илопроста)
-
- #L
- Для критической ишемии нижних конечностей характерно:
- боли в покое, не поддающаяся или плохо купируемая наркотическими анальгетиками
- \$! наличие язвенно-некротического процесса кожи и мягких тканей пальцев и /или стопы
- транскутанное напряжения кислорода (TcrO₂) 30-40 мм рт.ст.
- перемежающаяся хромота при ходьбе 30 м
- лодыжечное систолическое АД более 100 мм РТ.ст.
-
- #L

- Острая ишемия конечности проявляется:
 - болью в дистальных отделах конечностей
 - чувством онемения, похолодания, парестезии
 - потерей глубокой чувствительности
 - \$! субфасциальным отеком голени
 - ограничением движений в дистальных отделах конечности (парезом)
-
- #L
- Острый артериальный тромбоз может быть следствием:
 - тромбофлебита глубоких вен голени
 - аневризмы брюшной аорты
 - \$! острого инфаркта миокарда
 - ангиографии
 - варикозного расширения вен нижних конечностей
-
- #L
- Наиболее частой локализацией артериальной эмболии является:
 - бифуркация аорты
 - подвздошная артерия
 - бедренная артерия
 - подколенная артерия
 - \$! артерии голени
-
- #L
- Основными условиями развития артериальных тромбозов являются:
 - \$! повреждение интимы артерии
 - замедление кровотока
 - \$! повышение свертываемости крови
-
- #L
- Информацию о состоянии артерии ниже места эмболии позволяет получить:
 - капилляроскопия
 - \$! ангиография
 - радионуклидное исследование
 - ультразвуковая доплерография
 - физикальное исследование
-
- #L
- Оценить глубину поражения мягких тканей при острой артериальной недостаточности позволяет:
 - \$! реовазография
 - \$! радионуклидное исследование
 - \$! ангиография
 - \$! Ультразвуковая доплерография
 - физикальное исследование с функциональными пробами
-
- #L
- В стадии критической ишемии нижних конечностей для лечения используют:
 - парентеральное введение простагландинов (вазопростана или илопроста)
 - \$! ангиогенные факторы роста сосудов (при отсутствии данных за онкологические заболевания и пролиферативную ретинопатию)- препарат "неоваскулген"
 - местное лечение трофических и некротических дефектов кожи и мягких тканей.

- хирургическое лечение- реваскуляризацию нижних конечностей
- электромиостимуляцию мышц голени - для развития коллатерального кровообращения
-
- #L
- Консервативная терапия острой артериальной недостаточности направлена:
 - на устранение причины развития заболевания
 - на профилактику продолженного тромбоза
 - на лизис эмбола
 - \$! на устранение причины острого тромбоза
 - на предупреждение фрагментации тромба
-
- #L
- Наиболее ровный антикоагулянтный эффект гепарина поддерживается (достигается) его применением:
 - дробно внутривенно
 - внутримышечно
 - внутрикожно
 - подкожно
 - эндолимфатически
-
- #L
- Улучшение микроциркуляции при использовании трентала обусловлено:
 - спазмолитическим действием
 - \$! антиагрегантным эффектом
 - активацией фибринолиза
 - антикоагулянтными свойствами
 - тромболитическим влиянием
-
- #L
- Синдромом Лериша называется:
 - атеросклеротическое поражение нижнего отдела аорты и подвздошных артерий
 - атеросклеротическое поражение области бифуркации аорты
 - атеросклеротическое поражение подвздошных артерий
 - атеросклеротическое поражение подвздошных и бедренных артерий
 - \$! окклюзия аорты на уровне бифуркации с поражением подвздошных артерий
-
- #L
- Синдром Лериша проявляется:
 - \$! болями при физической нагрузке в голени
 - \$! отсутствием пульса на a.femoralis
 - \$! импотенцией
 - \$! болями в бедрах при физической нагрузке
-
-
- #L
- Для облитерирующего эндартериита нижних конечностей характерно:
 - \$! молодой возраст
 - \$! в анамнезе: травма мозга /психотравма, обморожение ног, табакокурение
 - \$! быстрое прогрессирование заболевания
 - \$! ослабление/исчезновение пульсации на артериях голени и стопы при сохранении пульсации бедренных артерий
 - \$! поражения артерий мышечного типа - дистальных артерий нижних конечностей

–\$! диффузный характер сужения/облитерации артерий голени и стопы по данным ангиографии

–

–#L

–К тепловизионным признакам эндартериита относятся:

–\$! снижение интенсивности инфракрасного излучения в дистальных отделах конечности

– "пятнистость" термограммы

– снижение инфракрасного излучения в проксимальных отделах конечности

– усиление инфракрасного излучения в дистальных отделах конечности

– исчезновение инфракрасного излучения в подколенных областях

–

–#L

–При эндартериите на ангиограммах выявляется:

–\$! сужение подколенной артерии

–\$! облитерация артерий голени

–\$! сеть "штопорообразных" коллатералей

–\$! отсутствие изменений в бедренной артерии

–

–

–#L

–К основным принципам лечения эндартериита относятся:

–\$! улучшение реологических свойств крови

–\$! устранение спазма сосудов

–\$! обезболивание

–\$! улучшение микроциркуляции

–

–

–#L

–Для болезни / синдрома Рейно характерно:

–\$! двустороннее поражение кисти рук: изменение окраски, похолодание, боль, изменение температуры кожи

– одностороннее поражение кисти рук: изменение окраски, похолодание, боль, изменение температуры кожи

–\$! симптомы локализованы на уровне пальцев руки и не распространяются на всю конечности

– симптомы распространяются на всю конечность

–\$! появление симптомов провоцирует психо-физический стресс или контакт с холодом

– появление симптомов провоцирует психо-физический стресс или контакт с теплом

–\$! исчезновение симптомов связано с теплом

–\$! проявляется последовательным чередованием фаз ишемии (побледнения), цианоза, реактивной гиперемии кистей рук

–

–#L

–В лечении синдрома Рейно применяют:

–\$! лечение основного заболевания

–\$! спазмолитические средства

–\$! дезагрегантная терапия

–\$! транквилизаторы

–\$! блокаторы кальция

–

–#L

–Нейроишемическая форма синдрома диабетической стопы отличается от

- нейропатической формы:
- \$! наличием снижением кровотока по магистральным артериям нижних конечностей из-за их стенозирования/окклюзии, выявляемых ультразвуковым дуплексным сканированием или другими методами визуализации (ангиография, компьютерная ангиография, магнитно-резонансная ангиография)
 - наличием микроангиопатии
 - наличием диабетической трофической язвы
 - наличием нарушений микроциркуляции
 - различий между этими формами по данным инструментального обследования нет
 -
 - #L
 - В комплексном лечении нейропатической формы синдрома диабетической стопы используется:
 - \$! коррекция гипергликемии
 - \$! уменьшение нагрузки давлением на зону язвы за счет использования кастов, ортезов
 - \$! местное лечение трофической язвы
 - эндоваскулярная/открытая хирургическая реваскуляризация нижней конечности
 - \$! комплексная фармакотерапия
 -
 - #L
 - Диагноз "облитерирующий тромбангиит" (болезнь Бюргера) предполагают при наличии:
 - \$! клиники облитерирующего эндартериита в сочетании с клиникой острого тромбоза/флеботромбоза
 - \$! склонность к тромбообразованию по данным лабораторного обследования,
 - \$! увеличении концентрации СРБ
 - бессимптомного течения облитерирующего эндартериита
 - такого заболевания нет
 -
 - <!-- Заболевания вен нижних конечностей. Клиническая анатомия и физиология вен нижних конечностей. Классификация заболевания вен, клиника, диагностика и лечение.
 -
 -
 - #L
 - Место слияния большой подкожной вены с общей бедренной находится
 - \$! от 2-3 см выше до 5 см ниже паховой связки
 - ниже 6 см от паховой связки
 - на уровне паховой связки
 - от уровня паховой связки до 7 см дистальнее её
 - на 5 см выше паховой связки
 -
 - #L
 - К притокам большой подкожной вены в области овальной ямки относятся:
 - поверхностная надчревная вена, поверхностная вена окружающая подвздошную кость, поверхностная наружная срамная вена
 - \$! заднемедиальная вена, поверхностная надчревная вена, поверхностная вена окружающая подвздошную кость, наружная половая(срамная) вена, переднелатеральная вена
 - переднелатеральная вена, поверхностная надчревная вена
 - поверхностная вена окружающая подвздошную кость, заднемедиальная вена
 - переднелатеральная вена, заднемедиальная вена
 - медиальная ветвь большой подкожной вены

-
- #L
- Малая подкожная вена чаще всего располагается:
 - в подкожной жировой клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени
 - \$! в подкожной жировой клетчатке в нижней трети голени и между листками глубокой фасции в верхней и средней трети голени
 - между листками глубокой фасции на всем протяжении
 - субфасциально
 - между листками глубокой фасции в нижней половине голени и субфасциально в верхней половине голени

-
- #L
- Среди теорий патогенеза варикозной болезни наибольшее признание имеет:
 - механическая теория
 - гормональная теория
 - теория ангиодисплазий
 - теория коллагенозов
 - \$! наследственная теория

-
- #L
- Укажите производящие факторы развития варикозной болезни:
 - \$! длительное вертикальное положение тела, повышение внутрибрюшного давления, генетическая предрасположенность
 - длительное вертикальное положение тела, наличие нефункционирующих артериовенулярных анастомозов
 - тяжёлая физическая нагрузка на нижние конечности, слабость мышечно - эластичных волокон стенки вен
 - длительное пребывание в сидячем положении
 - беременность на протяжении всех триместров
 - жаркие местные условия

-
- #L
- Что относится к предрасполагающим факторам развития варикозной болезни?
 - \$! слабость мышечно-эластических волокон стенок вен
 - \$! недоразвитие и аплазия клапанов вен
 - \$! слабость глубокой фасции голени
 - \$! наличие нефункционирующих артерио-венулярных анастомозов
 - \$! гормональный дисбаланс
 - \$! нарушение мышечно-венозной помпы голени и стопы

-
- #L
- При выявлении варикозного синдрома необходимо дифференцировать:
 - \$! варикозную болезнь
 - \$! вторичный варикоз
 - \$! венозные ангиодисплазии
 - дифференциальной диагностики не требуется

-
- #L
- Неосложненная форма варикозной болезни вен нижних конечностей кодируется по МКБ-10 как:
 - \$! I83.9
 - I83.0

- I83.1
- I83.2
-
- #L
- Какие изменения венозной гемодинамики наблюдаются при высоком вено-венозном сбросе (рефлюксе) крови?
- происходит рефлюкс крови в поверхностную венозную сеть через несостоятельные коммуниканты
- \$! происходит рефлюкс из глубокой венозной сети через несостоятельный остиальный клапан в систему большой подкожной вены
- происходит рефлюкс крови в поверхностную венозную сеть через артериовенозные анастомозы
- происходит вертикальный рефлюкс крови
- происходит горизонтальный рефлюкс крови
-
- #L
- Вертикальный рефлюкс при варикозной болезни вен нижних конечностей -это:
- \$! обратный ток крови из зоны сафено-фemorального сосуда в ствол и притоки большой подкожной вены
- \$! обратный ток крови из зоны сафено-попliteального сосуда в ствол и притоки малой подкожной вены
- обратный ток крови из перфорантной вены в поверхностную
- ток крови из перфорантной вены в глубокую
-
- #L
- Горизонтальный рефлюкс при варикозной болезни вен нижних конечностей- это:
- обратный ток крови из зоны сафено-фemorального сосуда в ствол и притоки большой подкожной вены
- обратный ток крови из зоны сафено-попliteального сосуда в ствол и притоки малой подкожной вены
- \$! обратный ток крови из перфорантной вены в поверхностную
- ток крови из перфорантной вены в глубокую
-
- #L
- Для устранения вертикального рефлюкса в стволах подкожных вен при варикозной болезни вен нижних конечностей в настоящее время в мире предпочтение отдается:
- традиционной флебэктомии
- пенной склерооблитерации
- \$! термооблитерации
- облитерации биоклеем
- использованию флеботоников
-
- #L
- Для устранения горизонтального рефлюкса при варикозной болезни вен нижних конечностей в настоящее время в мире предпочтение двум методам. Каким?
- операции Кокетта- традиционной эпифасциальной перевязке несостоятельных перфорантных вен
- операции Линтона - традиционной субфасциальной перевязке несостоятельных перфорантных вен
- эндоскопической субфасциальной перевязке несостоятельных перфорантных вен
- \$! склерооблитерации несостоятельных перфорантных вен под ультразвуковым контролем

- \$! термооблитерации несостоятельных перфорантных вен под ультразвуковым контролем
-
- #L
- Для варикозной болезни нижних конечностей характерны следующие клинические признаки:
 - боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе
 - постоянный отек всей конечности
 - трофические расстройства кожи 1-го пальца стопы
 - \$! трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки
 - \$! отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня
 - \$! судороги икроножных мышц голени в покое
-
- #L
- Затруднение венозного оттока провоцирует всё перечисленное, кроме:
 - занятий шпагой
 - кашля
 - \$! занятий велоспортом
 - длительного стояния на ногах
 - повышения внутрибрюшного давления
-
- #L
- Развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей связано с:
 - окклюзией артерий голени
 - \$! недостаточностью перфорантных вен
 - \$! недостаточностью клапанов ствола большой подкожной вены
 - острым тромбозом глубоких вен голени
 - дерматитом и лимфостазом
 - \$! вертикальным и горизонтальным рефлюксом
-
- #L
- Стадия компенсации нарушений венозной гемодинамики характеризуется наличием:
 - \$! боли, чувства тяжести, ломоты в нижних конечностях, неприятных ощущений по ходу варикозноизменённых вен
 - к вышеописанным жалобам + отек в области стоп и лодыжек, исчезающий после ночного отдыха
 - гиперпигментации
 - венозной экземы
 - трофической язвы
-
- #L
- Перечислите наиболее существенные признаки стадии субкомпенсации нарушений венозной гемодинамики:
 - боль, чувство тяжести и ломоты в нижних конечностях, неприятные ощущения по ходу варикозноизменённых вен
 - \$! перечисленное в пункте а) + отек в области стоп и лодыжек, исчезающий после ночного отдыха
 - трофические нарушения кожи голени
 - венозный дерматит
 - постоянный отёк голени и бедра
 - трофическая язва

-
- #L
- Перечислите наиболее типичные признаки стадии декомпенсации нарушений венозной гемодинамики:
 - боль, чувство тяжести в нижних конечностях после физической нагрузки
 - судороги, чувство тяжести и ломоты в нижних конечностях
 - отёк в области стоп и лодыжек, исчезающий после ночного сна
 - отёк в области стоп и лодыжек, не исчезающий после ночного сна
 - \$! на фоне существующего варикозного расширения подкожных вен, отёка в области стоп и лодыжек появляются трофические нарушения кожи голени
 - тромбофлебит подкожных вен

-
- #L
- Коммуникантными называют вены, связывающие:
 - \$! одни поверхностные вены с другими
 - \$! одни глубокие вены с другими
 - поверхностные вены с глубокими

-
- #L
- В клинической хирургии наиболее известны коммуникантные вены:
 - \$! Коккета
 - Майя
 - \$! Бойда
 - \$! Додда

-
- #L
- Какие коммуникантные вены существуют?
 - \$! прямые
 - не прямые
 - сочетанные
 - артерио-венозные
 - ретикулярные
 - извитые

-
- #L
- Для коммуникантных вен не характерно то, что они:
 - обеспечивают связь поверхностных и глубоких вен
 - осуществляют эту связь через отверстия в глубокой фасции
 - \$! направляют ток крови из глубоких вен в поверхностные
 - располагаются преимущественно на голени
 - в подавляющем большинстве локализуются по внутреннему краю ахиллова сухожилия

-
- #L
- Перфорантными называют вены, связывающие:
 - одни поверхностные вены с другими
 - одни глубокие вены с другими
 - \$! поверхностные вены с глубокими

-
- #L
- Бедренно-подколенная вена - вена Джакоми - то:
 - \$! наиболее крупный, постоянный притоком малой подкожной вены (МПВ)
 - \$! расположен эпифасциально

- \$! связывает малую и большую подкожные вены
- является продолжением наружной краевой вены стопы
- \$! рефлюкс по вене может стать причиной варикозного расширения МПВ
-
- #L
- Ретикулярные вены - это:
 - \$! подкожные вены диаметром менее 3 мм, соединяющие внутрикожные вены (субдермального сплетения) с системой поверхностных вен
 - внутрикожные вены субдермального сплетения
 - зона разветвления на ветви системы глубоких вен
 - вариант перфорантных вен
-
- #L
- Телеангиозктазии - это:
 - подкожные вены диаметром менее 3 мм, соединяющие внутрикожные вены (субдермального сплетения) с системой поверхностных вен
 - \$! расширенные внутрикожные вены субдермального сплетения
 - зона разветвления на ветви системы глубоких вен
 - вариант перфорантных вен
-
- #L
- Для устранения ретикулярного варикоза и телеангиозктазий у больных с варикозной болезнью нижних конечностей в настоящее время предпочтение отдается:
 - минифлебэктомии
 - традиционной комбинированной флебэктомии
 - \$! склероблитерации
 - \$! чрезкожной лазерной облитерации
 - использование компрессионного трикотажа
-
- #L
- Наиболее распространенным инструментальным методом оценки состояния венозного русла при варикозной болезни вен нижних конечностей в настоящее время в мире является:
 - ультразвуковая доплерография
 - \$! ультразвуковое ангиосканирование
 - мультиспиральная компьютерная томография
 - флебография
 - термография
-
- #L
- Вы обследуете больную, 45 лет, ранее оперированную по поводу варикозной болезни правой нижней конечности. Через полтора года после операции вновь появились варикозно - расширенные подкожные вены на голени, а затем и на бедре. С помощью каких методов можно выявить причину рецидива заболевания?
 - \$! ультразвуковой доплерографии
 - реовазографии
 - \$! ретроградной бедренной флебографии
 - \$! восходящей дистальной флебографии
 - ангиографии
 - с помощью функциональных проб
-
- #L

- К специальным методам исследования, применяемым при варикозном расширении вен относят всё перечисленное, кроме:
 - флебоскопии
 - \$! ангиографии
 - ультразвуковой доплерографии
 - \$! радионуклидного исследования
 - флебографии
 -
- #L
 - Дистальная флебография:
 - \$! информирует о состоянии клапанов глубоких вен
 - информирует о проходимости глубоких вен и состоянии их клапанов
 - дает информацию прежде всего о проходимости глубоких вен и состоянии клапанного аппарата коммуникантных вен
 - в оценке состояния венозной системы нижних конечностей не используется
 - информирует о вертикальном рефлюксе
 - информирует о горизонтальном рефлюксе
 -
 - #L
 - Флебография рекомендуется:
 - при выраженном варикозном расширении подкожных вен
 - \$! при рецидиве варикозного расширения вен и наличии язв неясной этиологии
 - при наличии острых гнойных заболеваний кожи
 - при остром тромбофлебите глубоких вен
 - при остром тромбофлебите поверхностных вен
 -
 - #L
 - Какой метод исследования может быть применён для оценки состояния глубоких вен?
 - ангиография
 - веноскопия – эндоскопическое исследование вен
 - \$! функционально-динамическая флеботонометрия
 - капилляроскопия
 - КТ и ЯМРТ
 - функциональные пробы
 -
 - #L
 - При лечении варикозной болезни нижних конечностей флеботоническую медикаментозную терапию целесообразно включать:
 - при отсутствии клинических проявлений венозной недостаточности больным с классом С2 по классификации CEAP
 - \$! при наличии клинических проявлений венозной недостаточности больным с классом С2 по классификации CEAP
 - больным с классом С1 по классификации CEAP
 - \$! больным с классом С3-С6 по классификации CEAP
 -
 - #L
 - Хирургическое вмешательство при лечении варикозной болезни вен нижних конечностей направлено на:
 - \$! устранение патологического вертикального рефлюкса
 - \$! устранение патологического горизонтального рефлюкса
 - \$! устранение резервуаров с патологическим депонированием крови (дилатированных подкожных вен)

- устранение эстетического дефекта
- обеспечение лучшего качества жизни
-
- #L
- Для устранения варикозно расширенных подкожных притоков большой/малой подкожных вен в настоящее время предпочтение отдается:
 - \$! минифлебэктомии
 - \$! пенной склерооблитерации
 - жидкостной склерооблитерации
 - операции Нарата
 - чрезкожной лазерной облитерации
-
- #L
- Инновационные методы лечения варикозной болезни вен нижних конечностей:
 - должны проводиться только в условиях стационара
 - \$! могут проводиться амбулаторно
 - должны проводиться только под наркозом
 - \$! проводятся под местной анестезией
 - требуют длительной реабилитации
-
- #L
- Улучшению венозного оттока после операции способствует всё перечисленное ниже, кроме:
 - возвышенного положения конечности
 - лечебной физкультуры
 - \$! длительного постельного режима
 - компрессионного трикотажа
 - раннего вставания
 - прогулок
-
- #L
- В раннем периоде после хирургического лечения неосложненной варикозной болезни целесообразно использовать компрессионный трикотаж:
 - 1 степени компрессии
 - \$! 2 степени компрессии
 - 3 степени компрессии
 - не нужно его использовать
 - надо использовать не компрессионный трикотаж, а эластические бинты
-
- #L
- После оперативного лечения варикозной болезни методом термооблитерации для профилактики венозных тромбозов рекомендуется:
 - \$! максимально ранний двигательный режим
 - \$! ношение компрессионного трикотажа 2 степени компрессии
 - ношение компрессионного трикотажа 1 степени компрессии
 - \$! назначение антикоагулянтов по показаниям
 - прием дезагрегантов
-
- #L
- К миниинвазивным вмешательствам, позволяющим устранить вертикальный рефлюкс по стволу подкожной вены относятся:
 - высокочастотная абляция

- стволовая склерооблитерация
- лазерная коагуляция
- \$! операция Троянова - Тренделенбурга
-
-
- <!-- Осложнения варикозной болезни: тромбофлебит и флебо-тромбоз. Посттромботическая болезнь. Венозные тромбоэмболические осложнения в хирургии: клиника, диагностика, профилактика и лечение.
-
-
- #L
- К осложнениям варикозной болезни относятся все ниже перечисленные, кроме:
- тромбофлебит поверхностных вен
- \$! гангрена стопы и голени
- кровотечения из поверхностных варикозных вен
- трофических язв нижней трети голени на медиальной поверхности
- острого тромбофлебита варикозных вен с абсцедированием
- тромбоз глубоких вен нижней конечности
-
- #L
- Наиболее редкое осложнение варикозной болезни, с которым может встретиться амбулаторный хирург:
- экзематозный дерматит
- \$! тромбоз малоберцовой вены
- разрыв варикозного узла
- трофическая язва
- гиперпигментация
- восходящий тромбофлебит
-
- #L
- Факторы, способствующие процессу тромбообразования в венах?
- \$! повреждение стенки вены
- наличие врожденных артерио-венозных шунтов
- \$! гиперкоагуляция
- нарушение ритма сердечных сокращений
-
- #L
- Кровотечение из варикозно - расширенных вен нижней конечности можно остановить:
- положением Тренделенбурга
- введением зонда Блэкмора
- сдавлением бедренной вены
- \$! чрескожным лигированием вен по Шеде - Кохеру
- \$! тугим эластичным бинтованием
- пальцевым прижатием
-
- #L
- Для клиники тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей характерно:
- \$! появление болезненного уплотнения в области участка поверхностной вены с гиперемией и отечностью кожи в этой зоне
- распирающего характера боли в сегменте нижней конечности ниже зоны тромбоза
- положительные симптомы Хоманса, Мозеса, Лёвенберга
- отек сегмента нижней конечности ниже зоны тромбоза

- \$! субфебрильная лихорадка
-
- #L
- Лечение тромбоза поверхностных вен нижних конечностей включает:
 - \$! компрессионный трикотаж
 - \$! местное применение гепаринсодержащих мазей/гелей
 - \$! применение нестероидных противовоспалительных средств
 - применение системной антикоагулянтной терапии
 - применение антибиотиков
 - по показаниям - экстренное хирургическое лечение (крессэктомия)
-
- #L
- С целью уменьшения воспалительных явлений при остром тромбозе в первую очередь следует применять:
 - антибиотики цефалоспоринового ряда
 - антибиотики пенициллинового ряда
 - \$! нестероидные противовоспалительные средства
 - сульфаниламиды
 - кортикостероиды
-
- #L
- При быстро прогрессирующем восходящем тромбозе показано:
 - массивная антибактериальная терапия
 - имплантация кавафильтра
 - перевязка коммуникантных вен
 - \$! операция Гроянова-Тренделенбурга
 - операция Маделунга
-
- #L
- Тромбозу вен способствует:
 - \$! мышечная релаксация
 - \$! воспалительные процессы
 - \$! варикозное расширение вен
 - \$! гиперкоагуляция
 - гипокоагуляция
-
- #L
- Какие параметры крови следует в первую очередь исследовать у пациентов с острым тромбозом глубоких вен:
 - \$! количество эритроцитов, тромбоцитов, концентрацию гемоглобина
 - \$! коагулограмму
 - \$! исследование активности VIII фактора,
 - \$! С-протеин и S-протеин
 - \$! гомоцистеин
 - \$! волчаночный антикоагулянт
-
- #L
- Для клиники тромбоза глубоких вен нижних конечностей характерно:
 - \$! распирающего характера боли в сегменте нижней конечности ниже зоны тромбоза
 - \$! положительные симптомы Хоманса, Мозеса, Лёвенберга
 - отек и увеличение в окружности сегмента нижней конечности ниже зоны тромбоза
 - появление гиперемии кожи

- усиление пульсации на пораженной конечности
-
- #L
- Для флеботромбоза подвздошно-бедренного сегмента не характерно:
- \$! гиперемия кожи бедра в области прохождения вен
- отек стопы и голени
- распирающие боли в конечности
- увеличение объема голени и бедра
-
- #L
- Отек на стопе локализуется при непроходимости:
- \$! глубоких вен голени
- поверхностных вен
- бедренно-подколенного сегмента венозной системы конечностей
- подвздошного сегмента венозной системы нижних конечностей
- нижней полой вены
-
- #L
- Флебогипертензией обусловлены:
- распирающие боли в голени
- тяжесть в конечностях
- повышенная утомляемость ног
- \$! отек
-
-
- #L
- При тромбозе глубоких вен нижних конечностей для уточнения локализации, протяженности и оценки флотации тромба клиническая диагностика должна быть дополнена в первую очередь данными:
- ультразвуковой доплерографии
- термографии
- реовазографии
- \$! ультразвукового ангиосканирования
- ангиографии
-
- #L
- Лечение тромбоза глубоких вен нижних конечностей включает:
- \$! компрессионный трикотаж
- местное применение гепаринсодержащих мазей/гелей
- применение нестероидных противовоспалительных средств
- \$! применение системной антикоагулянтной терапии
- применение антибиотиков
- \$! по показаниям - экстренное хирургическое лечение (тромбэктомия, тромболитис)
-
- #L
- Для профилактики тромбозов глубоких вен в послеоперационном периоде необходимо:
- \$! назначение низкомолекулярных гепаринов
- \$! эластическая компрессия конечностей
- \$! ранняя активизация пациента
-
- #L
- Эмболию легочной артерии при илеофemorальном тромбозе можно предотвратить:

- тромбэктомией
- созданием аортокавального свища
- пликацией нижней полой вены
- перевязкой нижней полой вены
- \$! имплантацией кава-фильтра
- лечением тромболитиками
-
- #L
- Выявление флотирующего тромба в глубокой венозной системе является абсолютным показанием к выполнению:
- УЗИ брюшной полости
- флебэктомии
- \$! установки кавафильтра
-
- #L
- После тромбоза вен нижних конечностей возникает:
- \$! хронический тромбофлебит
- хроническая венозная недостаточность нижних конечностей
- посттромботическая болезнь
- посттромбофлебитический синдром
- трофическая язва
-
- #L
- Опасность какого осложнения возникает при флеботромбозе нижних конечностей?
- инфаркт почки
- \$! тромбоэмболия легочной артерии
- пилефлебит
- тромбоэмболия брыжеечных сосудов
- тромбоэмболия коронарных артерий
-
- #L
- Для массивной тромбоэмболии легочной артерии характерны следующие основные клинические признаки:
- \$! головная боль
- \$! артериальная гипотония
- удушье
- \$! набухание и пульсация яремных вен
- \$! акцент второго тона на легочной артерии
- \$! параплегия
-
- #L
- Посттромботическая болезнь развивается после тромбоза
- поверхностных вен
- \$! нижней полой вены
- подвздошных вен
- глубоких вен голени
-
-
- #L
- К этиопатологическим факторам посттромботической болезни относят:
- \$! разрушение венозных клапанов
- \$! флебэктазию

- \$! флебогипертензию
- \$! гиперкоагуляцию
- гипокоагуляцию
-
- #L
- Патогенную роль при посттромботической болезни имеет рефлюкс крови:
 - \$! по прямым коммуникантным венам
 - по непрямым коммуникантным венам
 - \$! по глубоким венам
 - по поверхностным венам
-
- #L
- Основные патологические гемодинамические факторы, лежащие в основе посттромботической болезни нижних конечностей:
 - окклюзия артерий
 - \$! механическая обтурация глубоких вен тромбом
 - \$! обратный ток крови по глубоким венам
 - \$! сброс крови через перфоранты в подкожную венозную сеть
 - артериальная системная гипертензия
-
- #L
- Расширение вен при посттромботической болезни чаще локализуется:
 - в бассейне большой подкожной вены
 - в бассейне малой подкожной вены
 - \$! в притоках поверхностных вен
 - \$! в коммуникантных венах
-
- #L
- Венозная гипертензия при посттромботической болезни обусловлена:
 - \$! извращенным кровотоком
 - \$! обширной окклюзией вен
 - \$! морфологическими изменениями клапанного аппарата
 - \$! флебэктазиями
-
- #L
- Варикозную болезнь нижних конечностей
 - необходимо дифференцировать в первую очередь с:
 - а. \$! посттромботической болезнью нижних конечностей
 - б. рожистое воспаление
 - в. острый лимфангит
 - г. деформирующий артроз
 - д. перевязки подвздошных вен
-
- #L
- Для посттромботической болезни не характерно:
 - гиперпигментация кожи
 - застойный дерматит и склероз
 - образование трофических язв
 - \$! бледная "мраморная" кожа
 - вторичный варикоз
 - наличие перемежающей хромоты
-

–#L

–Умеренные изменения в венах стопы при посттромботической болезни объясняются:

–\$! анатомическими особенностями вен стопы

–\$! особенностями гемодинамики вен стопы

–\$! "насосной" функцией стопы

–\$! значительной подвижностью стопы

–

–#L

–На флебограммах при посттромботической болезни выявляется:

–\$! окклюзия глубоких вен

–\$! стенозирование глубоких вен

–\$! флеболиты

–\$! несостоятельные коммуникантные вены

–

–#L

–Основные клинические симптомы посттромботической болезни нижних конечностей:

–\$! отек конечности

– отсутствие пульсации бедренной артерии

–\$! трофические расстройства кожи голени

–\$! варикозное расширение поверхностных вен

– зябкость стоп

– симптом "перемежающейся" хромоты

–

–#L

–В каких случаях развивается, как правил, посттромботическая болезнь?

– тромбофлебит поверхностных вен голени

–\$! тромбофлебит подвздошной вены с её окклюзией

– локальный тромбофлебит наружной подвздошной вены с реканализацией

–\$! тромбофлебит бедренной вены с окклюзией выше впадения глубокой вены бедра

– тромбофлебит большой подкожной вены бедра

–

–#L

–Синдром Педжета-Шреттера - это:

–\$! острый тромбоз глубоких вен плеча, который обычно возникает в подключичной или подмышечной венах.

– острый тромбоз нижней полой вены

– острый илеофemorальный тромбоз

– острый тромбоз подколенной вены

– сдавление верхней полой вены

–

–#L

–Вторичный варикоз наблюдается:

–\$! как проявление посттромботического синдрома

– при болезни Паркса-Вебера-Рубашова

– при болезни Клиппель-Треноне

– как проявление лимфедемы

–\$! как проявление приобретенной компрессии глубоких вен

–

–#L

–К врожденной тромбофилии относят:

–\$! дефицит протеина C

–\$! дефицит протеина S

- \$! дефицит антитромбина
- \$! мутация фактора V Лейден
- \$! мутация фактора II протромбина
-
- #L
- При развитии острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей без врожденной тромбофилии рекомендованная длительность приема антикоагулянтной терапии составляет:
 - 2 недели
 - 1 месяц
 - \$! 3 месяца
 - 6 месяцев
 - 12 месяцев
-
- #L
- В лечении и профилактики тромбообразования в венозном русле назначение дезагрегантов:
 - более эффективно, чем для артериального русла
 - \$! менее эффективно, чем для артериального русла
 - также эффективно как для артериального русла
 - совсем неэффективно
-
- #L
- Для посттромботической болезни вен нижних конечностей характерно:
 - \$! хронический отек
 - \$! хронические распирающие боли
 - \$! вторичный варикоз
 - \$! трофическая язва
 - лимфедема
-
- #L
- Венозные ангиодисплазии нижних конечностей:
 - \$! это врожденное заболевание
 - это приобретенное заболевание
 - \$! имеет место гипо- или аплазия глубоких вен
 - \$! с раннего возраста может возникать варикозный синдром
 - \$! могут иметь место артерио-венозные фистулы
-
- #L
- Что из перечисленного верно?
 - \$! при врожденной лимфедеме конечностей поражение начинается с дистальных отделов и распространяется в проксимальном направлении
 - \$! при приобретенной лимфедеме конечностей поражение начинается с проксимальных отделов и распространяется в дистальном направлении
 - при врожденной лимфедеме конечностей поражение начинается с проксимальных отделов и распространяется в дистальном направлении
 - при приобретенной лимфедеме конечностей поражение начинается с дистальных отделов и распространяется в проксимальном направлении
-
- #L
- Хирургическое лечение лимфедемы включает:
 - \$! создание прямых лимфо-венозных анастомозов

- \$! создание лимфонодулоуенозных анастомозов
- частичного или полного иссечения фасции, подкожной клетчатки и кожи с последующим проведением пластики расщепленным перфорированным кожным лоскутом.
- \$! Вакуум-экстракцию отечной подкожной жировой клетчатки
- наружное дренирование главного лимфатического протока
-
-
-
- <!-- Трофические язвы. Современные принципы диагностики и лечения в амбулаторных условиях. Современные раневые покрытия для лечения трофических язв.
-
- #L
- Трофические нарушения тканей при варикозной болезни нижних конечностей характеризуются:
 - похолоданием, трофическими нарушениями на нижних конечностях
 - гиперемией в виде "географической карты"
 - \$! бурой индурацией кожи, выпадением волос, сухой и влажной экземой, трофическими язвами
 - гипертрофией и удлинением пораженной конечности
 - гипертрикозом, язвами
 - наличием сосудисто-пигментных пятен на коже нижних конечностей, появлением извитых подкожных вен
-
- #L
- 3 стадия хронической венозной недостаточности по классификации, принятой в Российской Федерации (2001) характеризуется:
 - симптомом "тяжелых ног", преходящим отеком
 - стойким отеком, гипер-гипопигментацией, липодерматосклерозом, экземой
 - \$! наличием трофической язвы (открытая или зажившая)
 - наличием осложнений: кровотечение, тромбофлебита и др.
 - наличием ночных судорог
-
- #L
- Типичной локализацией трофических язв при хронической венозной недостаточности является:
 - \$! нижняя треть голени, у медиальной лодыжки
 - латеральная лодыжка
 - тыльная поверхность стопы
 - пальцы стопы
-
- #L
- При наличии трофической язвы на фоне варикозного расширения вен лечение следует начинать с:
 - иссечения язвы
 - \$! санации язвы консервативными методами
 - флебэктомии
 - облитерации задних большеберцовых вен
-
- #L
- В фазу экссудации препараты, используемые для местного лечения трофических язв венозной этиологии, должны обладать следующими свойствами, кроме:

- антимикробной активностью
- противовоспалительным действием
- \$! стимуляцией эпителия
- сорбирующим действием
- анальгезирующим эффектом
-
- #L
- Трофические язвы при варикозной болезни образуются в результате:
 - \$! венозной гипертензии
 - артериальной ишемии
 - функциональной недостаточности лимфатической системы нижних конечностей
 - органической недостаточности лимфатической системы
 - сочетания всех перечисленных факторов
-
- #L
- После заживления трофической язвы у пациентов страдающих варикозной болезнью, показано:
 - лечение флеботониками
 - назначение антиагрегантов
 - \$! выполнение флебэктомии
 - компрессия нижней конечности
-
- #L
- Трофическая язва является:
 - самостоятельным заболеванием
 - осложнением заболевания
 - синдромом в составе других заболеваний
 - \$! симптомом заболевания
-
- #L
- Возможность рецидива трофической язвы уменьшается:
 - при хирургическом лечении язвы
 - при лечении язвы лазером и ультразвуком
 - при использовании цинк-желатиновой повязки
 - \$! при радикальном лечении основного заболевания
 - при ношении эластических бинтов
-
- #L
- Трофические язвы нижних конечностей могут быть обусловлены:
 - нарушением кровообращения
 - нарушением иннервации
 - посттравматическими изменениями тканей
 - специфическими инфекциями
 - \$! всем перечисленным
-
- #L
- В течении язвенного процесса выделяют фазы:
 - \$! некроза
 - \$! аутолиза
 - \$! развития грануляционной ткани
 - \$! эпителизации
-

-
- #L
- Основная роль в ульцерогенезе при венозной недостаточности принадлежит:
 - \$! флебогипертензии
 - ишемии
 - нарушению иннервации
 - нарушению микроциркуляции
-
- #L
- Наиболее часто трофические язвы обусловлены:
 - заболеваниями артерий
 - \$! заболеваниями вен
 - заболеваниями нервов
 - сахарным диабетом
 - специфическими заболеваниями
-
- #L
- Гиперпигментация кожи в зоне флебогипертензии обусловлена накоплением:
 - меланина
 - билирубина
 - \$! гемосидерина
 - коагулированного белка
 - уробилина
-
- #L
- Варикозная язва характеризуется:
 - \$! расположением преимущественно на внутренней поверхности голени
 - \$! гиперпигментацией кожи
 - \$! индурацией подкожной клетчатки
 - \$! выраженной стадией аутолиза
-
-
- #L
- Для язв при синдроме Марторелла характерно:
 - \$! значительная глубина
 - \$! симметричное поражение
 - \$! наличие гипертонической болезни
 - \$! перифокальная застойная гиперемия кожи
-
-
- #L
- При диабетической ангиопатии и трофических язвах поражаются:
 - \$! базальные мембраны
 - \$! эндотелиальные клетки капилляров
 - \$! гломерулы
 - \$! форменные элементы крови
-
-
- #L
- У больных с диабетическими язвами наибольшие изменения отмечаются:
 - \$! в зоне микроциркуляции
 - \$! в периферических нервах

- \$! в артериальных сосудах
-
- #L
- Ишемические язвы характеризуются:
- \$! преимущественной локализацией на передних поверхностях стопы и голени и пальцах нижних конечностей
- \$! атрофией кожи и облысением
- \$! длительной стадией некроза
- \$! истончением ногтей
-
-
- #L
- Нейротрофические язвы нижних конечностей характеризуются:
- \$! локализацией на подошве
- \$! ороговевшими краями
- \$! снижением активности репаративных процессов
- \$! большой глубиной и безболезненностью
-
-
- #L
- Посттравматические язвы характеризуются:
- \$! локализацией в месте травмы
- \$! различными изменениями окружающих тканей в зависимости от характера трофических изменений
- \$! снижение репаративных процессов
-
-
- #L
- Специфические язвы характеризуются:
- \$! локализацией в месте "входных ворот" возбудителя
- \$! локализацией по проекции путей распространения микрофлоры
- \$! специфическим отделяемым
- \$! длительной фазой некроза
-
-
- #L
- Предъязвенное состояние характеризуется:
- \$! кожным зудом
- \$! жгучими болями
- \$! застойной гиперемией, телеангиоэктазиями
-
-
- #L
- Выбор метода лечения трофических язв зависит:
- \$! от характера и стадии основного заболевания
- \$! от размеров и особенностей течения трофической язвы
- \$! от площади и характера поражения окружающих тканей
- \$! от характера сопутствующих заболеваний
-
-
- #L
- К задачам лечения трофических язв относится:
- \$! улучшение регионарного кровообращения и реологических свойств крови
- \$! нейтрализация факторов тканевой агрессии

- \$! купирование воспалительного процесса
- \$! ускорение репаративных процессов
-
-
- #L
- При лечении венозной трофической язвы на фоне варикозной болезни предпочтительнее использовать:
 - компрессионный трикотаж 1 степени компрессии
 - компрессионный трикотаж 2 степени компрессии
 - компрессионный трикотаж 3 степени компрессии
- \$! противоязвенный двухгольфовый набор
-
- #L
- При лечении посттромботической язвы протромбиновый индекс необходимо поддерживать на уровне:
 - 35-45%
 - \$! 55-65%
 - 75-85%
 - 95-100%
 - 105-110%
-
- #L
- Выбор способа лечения трофической язвы определяется:
 - \$! размерами и длительностью существования язвы
 - \$! характером изменения окружающих тканей
 - \$! степенью и формами нарушения кровообращения
 - \$! характером и тяжестью сопутствующих заболеваний
-
-
- #L
- Хирургическое лечение трофической язвы показано:
 - \$! при длительном существовании и обширности язвы
 - \$! при неподдающихся коррекции нарушениях гемодинамики
 - \$! при омерзевших, каллезных краях язвы
 - \$! при отсутствии воспалительных изменений тканей
-
-
- #L
- При подозрении на малигнизацию язвы необходимо назначить:
 - \$! консультацию онколога
 - \$! гистологическое исследование
 - радионуклидное исследование
-
- #L
- Профилактика трофических язв у больных с венозной недостаточностью конечностей включает:
 - \$! хирургическое лечение
 - \$! эластическое бинтование
 - \$! использование медикаментозного лечения
 - \$! использование цинк-желатиновой повязки
-
-

–#L

–К методам хирургического лечения трофических язв относятся:

- \$! пересадка кожи
- \$! иссечение краев язвы
- некрэктомия

–

–#L

–Хирургическое лечение трофических язв противопоказано:

- \$! при коротком анамнезе и небольшой площади язвенного дефекта
- \$! при нарушениях гемодинамики, поддающихся коррекции терапевтическими методами
- \$! при мягких краях с признаками эпителизации
- \$! при воспалительных изменениях окружающих тканей

–

–

–#L

–При показаниях к пересадке кожи и коррекции венозной недостаточности целесообразно:

- проводить их одновременно
- проводить вначале флебэктомию
- \$! проводить вначале пересадку кожи
- последовательность не имеет значения
- проводить только флебэктомию

–

–#L

–Условиями для приживления кожного трансплантата являются:

- ровная хорошо кровоснабжаемая язвенная поверхность
- использование расщепленного перфорированного трансплантата
- \$! малотравматичная фиксация трансплантата в состоянии физиологического растяжения
- иммобилизация конечности на 7-8 дней

–

–

–#L

–Перфорирование лоскута необходимо:

- \$! для оттока экссудата
- \$! для увеличения площади трансплантата
- для улучшения питания лоскута

–

–#L

–Подготовка трансплантата заключается:

- \$! в перфорировании его
- в промывании его в растворе антисептика
- в обработке ультразвуком

–

–#L

–Профилактика язв при артериальной недостаточности конечностей включает:

- \$! хирургическое лечение заболевания сосудов
- \$! профилактическое консервативное лечение
- \$! отказ от курения
- \$! профилактика переохлаждения конечностей

–

–

–#L

–Наиболее эффективным методом профилактики трофических язв "варикозной" и ишемической этиологии является:

- \$! хирургический метод лечения
- физиотерапевтическое лечение
- медикаментозное лечение

–

–#L

–Признаками жизнеспособности кожного трансплантата являются:

- \$! нормальная температура
- \$! прочная фиксация лоскута на ложе
- \$! розовый цвет
- \$! отсутствие обильного экссудата

–

–

–<!-- Заболевания прямой кишки. Геморрой. Анальная трещина. Острый и хронический парапроктит.

–

–#L

–Какая из перечисленных теорий возникновения геморроя считается современной?

- инфекционная
- \$! теория влияния механических факторов (запор)
- гипертрофия кавернозных телец
- экзо - и эндогенных интоксикаций (алкоголь, острая пища)
- нейрогенная
- теория врожденной недостаточности венозной системы

–

–#L

–Наиболее частый признак геморроя:

- боль в области заднего прохода
- выпадение узлов
- кровотечение при дефекации
- \$! запоры
- зуд в области заднего прохода

–

–#L

–Для первой клинической стадии геморроя характерно:

- ректальные кровотечения
- кожный зуд
- \$! боли в области заднего прохода
- выпадение геморроидальных узлов при дефекации
- болезненность при пальцевом исследовании

–

–#L

–Осмотр больного при геморрое целесообразно проводить в положении:

- в коленно локтевом
- на боку
- \$! на спине
- на корточках

–

–#L

–Будете ли Вы выполнять ректороманоскопию при тромбозе геморроидальных узлов?

- да
- \$! нет
-
- #L
- Для острого ущемлённого геморроя характерно:
 - дизурия
 - ректальные кровотечения
 - резкая болезненность перианальной зоны при пальпации
 - гиперемия кожи перианальной области
 - \$! багровые образования, не вправляющиеся в прямую кишку
-
- #L
- В каком положении Вы будете оперировать больного геморроем:
 - на боку
 - в коленно локтевом положении
 - \$! на спине с приведёнными и согнутыми ногами в тазобедренном и коленном суставах
 - на животе
-
- #L
- Обострение геморроя не связывают:
 - с тяжёлыми физическими нагрузками
 - с употреблением алкоголя
 - с употреблением острой и пряной пищи
 - \$! с поносами
 - с беременностью и родами
-
- #L
- У больного с циррозом печени имеется геморрой. Будете ли Вы оперировать его по поводу геморроя:
 - да
 - \$! нет
-
- #L
- При остром ущемлённом геморрое следует провести:
 - вправление выпавших узлов
 - \$! anosкопию
 - пальцевое исследование прямой кишки
 - ректороманоскопию
-
- #L
- В лечение острого геморроя не входит:
 - параректальные новокаиновые блокады
 - \$! послабляющая диета
 - антибиотикотерапия
 - вправление выпавших узлов в прямую кишку
-
- #L
- Ректальные кровотечения, связанные с дефекацией, часто возникают:
 - при раке прямой кишки
 - при злокачественных заболеваниях толстой кишки
 - \$! при геморрое
 - при неспецифическом язвенном колите

- при ворсинчатых опухолях
-
- #L
- Относительным противопоказанием к операции по поводу геморроя может быть:
 - наличие у больного кроме геморроя трещины анального канала
 - падение гемоглобина до 90-100 г/л
 - дизурия, связанная с гипертрофией предстательной железы
 - упорные запоры
 - \$! спазм анального жома
-
- #L
- Для геморроидальных узлов не характерно:
 - воспаление
 - ущемление
 - некроз
 - \$! озлокачествление
 - тромбоз
-
- #L
- К предраковым заболеваниям прямой кишки не относят:
 - неспецифический язвенный колит
 - геморрой
 - \$! полип прямой кишки
 - ворсинчатая опухоль прямой кишки
 - семейный полипоз
-
- #L
- Хирургическое лечение геморроя не показано:
 - при заболеваниях с частыми обострениями
 - при потере трудоспособности
 - \$! при выделении крови во время дефекации
 - при выпадении геморроидальных узлов
 - при наличии кроме геморроя полипа анального канала
-
- #L
- К активным неинвазивным методам лечения геморроя не относят:
 - новокаиновые параректальные блокады
 - микроклизмы с облепиховым маслом
 - лигирование латексными кольцами
 - клизмы с раствором ромашки
 - \$! ультрафиолетовое облучение
-
- #L
- Наиболее характерным симптомом анальной трещины является:
 - выделение крови в момент дефекации
 - поперечное расположение в анальном канале
 - более частое возникновение у мужчин
 - \$! боли в прямой кишке после акта дефекации
 - хронические запоры
-
- #L
- К предрасполагающим факторам возникновения анальной трещины не относят:

- геморрой
- \$! язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки
- проктит
- криптит
- энтероколит
-
- #L
- К заболеваниям, способствующим появлению анального зуда, не относят:
- \$! ахалазию кардии
- инфекционную желтуху
- глистную инвазию
- сахарный диабет
- аллергические заболевания
-
- #L
- При осмотре промежности больного с анальным зудом нельзя увидеть:
- расчёсы на коже
- явления пиодермии
- утолщение кожи
- \$! явления криптита
- мацерацию кожи
-
- #L
- Для анального зуда не характерны:
- пустулы на коже
- пиодермия
- расчёсы
- эксфолиации
- \$! ректальные кровотечения
-
- #L
- При лечении анального зуда инъекции лучше проводить:
- подкожно
- внутримышечно
- внутрикожно
- внутривенно
- \$! в подслизистый слой прямой кишки
-
- #L
- Для хронической анальной трещины не характерно:
- грубые, плотные края
- развитие пектиноза
- спазм наружного сфинктера
- \$! выпадение слизистой прямой кишки
- развитие гипергрануляций в области верхнего края
-
- #L
- Возникновение эпителиальных копчиковых ходов связывают:
- с гиперплазией кавернозных телец
- \$! с перенесенной травмой крестцово-копчиковой зоны
- с воспалительным процессом в области тазовых органов
- с остеомиелитом копчика

- с неполной редукцией хвоста у человека
-
- #L
- Большинство больных обращается к врачу по поводу проявлений эпителиальных копчиковых ходов в возрасте:
 - 15-20 лет
 - 20-30 лет
 - 30-40 лет
 - \$! 40-50 лет
 - 50-60 лет
-
- #L
- Дифференциальную диагностику эпителиального копчикового хода не проводят:
 - с раком прямой кишки
 - с каудальными кистозными тератомами
 - с хроническим парапроктитом
 - с остеомиелитом крестца
 - \$! с остеомиелитом копчика
-
- #L
- Исследование больного с эпителиальным копчиковым ходом не включает:
 - \$! фистулографию
 - зондирование свища
 - ирригоскопию
 - пальцевое исследование прямой кишки
 - пробу с красителем
-
- #L
- При лечении воспаления эпителиального копчикового хода в стадии инфильтрации не следует:
 - проводить новокаиновые блокады с антибиотиками
 - \$! накладывать масляно-бальзамические повязки
 - назначать микроклизмы с облепиховым маслом
 - лечить антибиотиками
 - применять физиотерапию
-
- #L
- При исследовании больного с нагноившимися эпителиальными копчиковыми ходами основную информацию даёт:
 - ректороманоскопия
 - пальцевое исследование прямой кишки
 - фистулография
 - \$! аноскопия
 - осмотр кишки с помощью ректальных зеркал
-
- #L
- При нагноении эпителиальных копчиковых ходов не отмечается:
 - \$! болей в области крестца и кишки
 - патологических выделений в крестцово-копчиковой зоне
 - зуда в области копчика и заднего прохода
 - выделений крови в момент дефекации
 - наличие свищей в межъягодичной складке

—

—#L

—После вскрытия нагноившегося эпителиального копчикового хода чаще возникает:

- стойкое выздоровление
- формирование гнойного свища
- рецидив нагноения через различные сроки
- развитие сепсиса
- \$! образование флегмоны в области операции

—

—#L

—После иссечения нагноившихся эпителиальных копчиковых ходов нагноение раны не связывают:

- с недостаточным гемостазом
- с использованием метода марсупиализации
- \$! с оставшимися в ране участками копчикового хода
- со скоплением крови в замкнутых пространствах
- с качеством шовного материала

—

—#L

—Марсупиализация раны после иссечения нагноившихся эпителиальных копчиковых ходов не позволяет:

- сократить сроки заживления по сравнению с открытым способом
- во многих случаях избежать нагноения раны
- получить экономический эффект
- избежать чрезмерного натяжения кожных краёв раны
- \$! улучшить косметический результат по сравнению с глухим швом

—

—#L

—Наиболее частой формой острого парапроктита является:

- подслизистый
- \$! подкожный
- седалищно-прямокишечный
- тазово-прямокишечный
- ретроректальный

—

—

—

—

—<!-- Дифференциальная диагностика и тактика лечения доброкачественных и злокачественных новообразований поверхностных локализаций. Современные технологии удаления поверхностных образований в амбулаторных условиях.

—

—#L

—Появление у молодой женщины (по профессии-машинистки), в области тыльной поверхности лучезапястного сустава округлого, плотного болезненного образования 1,5x1,5 см, смещающегося при движении 3 пальца с неизменной над ним кожей это:

- гигрома лучезапястного сустава
- \$! ганглий сухожилия разгибателя 3 пальца
- бурсит лучезапястного сустава
- эпителиальная киста
- тофус
- фиброма

-
- #L
- У пожилого мужчины с проявлениями артроза коленного сустава в подколенной ямке стала выявляться припухлость, меняющая свою форму и объем, это:
 - \$! гигрома коленного сустава (киста Бейкера)
 - ганглий
 - препателлярный бурсит коленного сустава
 - эпителиальная киста
 - тофус
 - артрит коленного сустава
-
- #L
- При осмотре пациента на волосистой части головы определяются множественные округлые безболезненные образования, над которыми кожу нельзя взять в складку, это:
 - \$! атеромы (эпидермальные кисты)
 - липомы
 - папилломы
 - нейрофиброматоз
 - ангиоматоз
 - грибковое поражение
-
- #L
- Пациент жалуется на жгучие боли в области ногтевой фаланги 1 пальца левой кисти. При осмотре под ногтевой пластинкой определяется красно-фиолетового цвета образование 2х3 мм, при пальпации которого возникают жгучие боли иррадиирующие в руку. Это:
 - подногтевая гематома
 - подногтевой панариций
 - \$! гломусная опухоль (опухоль Барре- Массона)
 - грибковое поражение ногтя
 - остеофит
 - гемангиома
-
- #L
- Пациент жалуется на припухлость, которая появилась в области передней поверхности коленного сустава после длительной работы на коленях (работает паркетчиком). При осмотре впереди надколенника определяется ограниченная припухлость с симптомом флюктуации, без изменений кожных покровов, функция коленного сустава не нарушена. Это:
 - артрит коленного сустава
 - гигрома коленного сустава
 - \$! препателлярный бурсит
 - артроз коленного сустава
 - мозоль
 - целлюлит
-
- #L
- 40 летний мужчина жалуется на появление болезненного уплотнения (тяжа) на ладони ниже основания 4 пальца, затрудненность в разгибании этого пальца, заболевание развивается постепенно. Это:
 - фиброма

–\$! контрактура Дюпюитрена

- атерома
- гломусная опухоль
- мозоль
- липома

–

–#L

–Мужчина, обратился к хирургу с жалобами на наличие плотного округлого инфильтрата в области локтевого отростка справа, кожа над которым цианотичного цвета . Изменений в анализах крови- повышение уровня мочевины. Это:

- гигрома локтевого сустава
- ганглий
- артроз локтевого сустава
- эпителиальная киста
- \$! тофус локтевого сустава
- артрит локтевого сустава

–

–#L

–Пациент жалуется на появление округлого опухолевидного образования на ладонной поверхности дистальной фаланги 3 пальца. Образование возникло спустя 3 месяца после ранения мягких тканей этой области. При осмотре в этом месте округлое образование 1х1,5 см над ним – кожный рубец. Это -

- ганглий
- \$! вторичная эпителиальная киста
- атерома
- липома
- пиогенная гранулема
- гемангиома

–

–#L

–Пациентка жалуется на припухлость и парестезии в надлопаточной области. При осмотре в надлопаточной области, ближе к позвоночнику пальпируется округлое эластичное с нечеткими границами образование 6х5 см, кожа над ним не изменена, берется в складку. Пальпация образования вызывает дискомфорт. Это:

- \$! межмышечная липома
- атерома
- фиброма
- десмоид
- нейрофиброма
- базалиома

–

–#L

–Пациент обратился к хирургу с жалобами на множественные округлые образования по всему телу, болезненные на ощупь. Которые постепенно проявлялись и увеличивались с юношеских лет в течение жизни. Аналогичные изменения были и у отца пациента. При осмотре множественные мягкоэластические округлые образования в подкожной клетчатке на конечностях и туловище, болезненные на ощупь, кожа над ними не изменена, свободно берется в складку. Это:

- \$! болезненный липоматоз (болезнь Деркума)
- нейрофиброматоз болезнь Реклингхаузена
- атероматоз
- папилломатоз

- липоматоз Маделунга
- липоматоз Роша-Лери
-
- #L
- У пациента при профилактическом осмотре в периаанальной области выявлены множественные бледно-розовые разрастания в виде "цветной капусты". Это-
- \$! перианальные кондиломы
- рак
- саркома
- геморрой
- кандидомикоз
- парапроктит
-
- #L
- Пациент через 2 месяца после прямой ангиографии артерий нижних конечностей в зоне пункции бедренной артерии отметил появление округлого образования, болезненного на ощупь. При осмотре в точке пункции образование 5x4 см, при пальпации-пульсирующее, при аускультации над ним- систолический шум. Это -
- ангиома
- \$! посттравматическая ложная аневризма бедренной артерии
- варикозный узел
- тромбоз бедренной артерии
- посттравматическая ложная аневризма бедренной вены
- лимфома
-
- #L
- Опухоли могут вызваться:
- \$! химическими агентами
- \$! физическими агентами
- \$! биологическими агентами
-
- #L
- Методом морфологической верификации злокачественного новообразования является:
- рентгеноскопия
- \$! биопсия опухоли
- ультразвуковое исследование (УЗИ)
- компьютерное обследование
- термография
-
- #L
- Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:
- \$! рака кожи
- рака лёгкого
- рака желудка
-
-
- #L
- Строму новообразования составляют:
- собственно опухолевые клетки
- \$! соединительная ткань
- \$! кровеносные и лимфатические сосуды
- \$! нервы и клеточные элементы стромы

-
- #L
- В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток:
- \$! не нарушена
- нарушена умеренно
- нарушена выражено
- возможны все варианты
-
- #L
- Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием:
- \$! полициклических ароматических углеводородов
- \$! ионизирующего излучения
- \$! ретровирусов
-
- #L
- Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики:
- предопухолевых состояний
- доброкачественных опухолей
- \$! злокачественных опухолей
- нет правильного ответа
-
- #L
- Носитель генетической информации находится:
- в клеточной мембране
- \$! в цитоплазме
- \$! в ядре
- во всех структурах клетки
-
- #L
- Основным первичным учетным документом онкологического диспансера является:
- \$! извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
- протокол запушенности
- выписка из медицинской карты
- контрольная карта диспансерного наблюдения
- история болезни
-
- #L
- Строма опухоли:
- \$! является необходимой поддерживающей структурой
- \$! обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода
- \$! обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток
- в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования
-
-
- #L
- Возникновению опухолей способствует:
- \$! снижение показателей клеточного иммунитета
- состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей
- влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно
-
- #L

- Задачами онкологического диспансера является:
- \$! организация профосмотров
- \$! анализ статистических данных по заболеваемости и смертности
- \$! онкологическая подготовка врачей
- научно-исследовательская работа
-
- #L
- Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является;
- \$! размножение вируса в клетке
- \$! гибель клетки
- \$! внедрение вируса в геном клетки
- \$! изменение иммунологического статуса
-
- #L
- Наиболее распространённым канцерогеном в природе является:
- 2-нафталин
- тяжёлые металлы, металлоиды
- радионуклиды
- \$! бензопирен
-
- #L
- Первичная диагностика рака на уровне общей лечебной сети предусматривает:
- \$! установление наличия злокачественной опухоли
- морфологическую верификацию
- оценку стадии заболевания
- оценку распространённости процесса по системе TNM
-
- #L
- К группе повышенного онкологического риска не относятся люди:
- \$! имеющие контакт с онкобольными
- с предраковыми заболеваниями
- с нарушением углеводно-жирового обмена
- здоровые с наличием рака у ближайших родственников
-
- #L
- Рак возникает из ткани:
- мышечной
- сосудистой
- \$! эпителиальной
- лимфатической
-
- #L
- Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием:
- \$! в малых дозах
- в больших дозах
- не обладают канцерогенным действием
- не доказано
-
- #L
- Основная сущность канцерогенеза злокачественных опухолей заключается:
- в нарушении биохимических процессов в цитоплазме
- в нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы

–\$! в повреждении генетического аппарата клетки

–

–

–#L

–Клинические признаки меланомы кожи.

–\$! асимметрия

–\$! неровные, фестончатые края

–\$! неравномерность окраски

–\$! диаметр более 5 мм

–\$! рост, изменение окраски

–

–#L

–При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато:

–\$! хирургическое лечение

– химиотерапевтическое лечение

– лучевое лечение

– иммунологическое лечение

–

–#L

–Наиболее частым осложнением атеромы является:

– кровотечение

– малигнизация

–\$! нагноение

– нарушение функции близлежащего сустава

–

–#L

–Болезнь Реклингхаузена - это:

– атероматоз

– липоматоз

–\$! нейрофиброматоз

– гломусная опухоль

–

–#L

–Самый частый вид злокачественных опухолей кожи?

–\$! Базальноклеточный рак кожи

– Меланома кожи

– Плоскоклеточный рак кожи

–

–#L

–Какова динамика заболеваемости злокачественных новообразований кожи в РФ?

–\$! Заболеваемость растет

– Заболеваемость не меняется

– Заболеваемость снижается

–

–#L

–5-летняя выживаемость больных меланомой кожи в СПб:

–\$! 50%

– Более 60%

– Менее 40%

–

–#L

- Излюбленная локализация базальноклеточного рака кожи.
- \$! Голова и шея
- Спина
- Грудная клетка и брюшная стенка
- Конечности
-
- #L
- Излюбленная локализация меланомы кожи.
- Голова и шея
- \$! Спина
- Грудная клетка и брюшная стенка
- Конечности
-
- #L
- Врачебная тактика при подозрении на злокачественное новообразование кожи
- \$! Дерматоскопия, биопсия, цитологическое исследование, консультация онколога
- Лазерная или криодеструкция без морфологической верификации
-
- #L
- Способы инструментальной диагностики состояния периферических лимфатических узлов при меланоме кожи или раке кожи.
- \$! Ультразвуковое исследование (УЗИ)
- Компьютерная томография (КТ)
- Магнитно-резонансная томография (МРТ)
- Пазитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ)
- Лимфосцинтиграфия
-
- #L
- Сигнальный лимфатический узел - это:
- \$! Первый лимфатический узел на пути лимфооттока от опухоли
- Ближайший к опухоли лимфатический узел
- Определяемый при физикальном исследовании пораженный метастазами лимфатический узел
-
- #L
- Лечение локальной формы меланомы кожи.
- Хирургическое, под местной анестезией. Иссечение в пределах здоровых тканей (2-3 мм от видимого края опухоли)
- Хирургическое, под общим наркозом. Отступ 5 мм от видимого края опухоли
- \$! Хирургическое, под общим наркозом. Отступ от края опухоли зависит от толщины опухоли
-
- #L
- Лечение базальноклеточного рака кожи.
- \$! Хирургическое, Rg-терапия. Морфологическая верификация обязательна
- Лазерная или криодеструкция. Морфологическая верификация не обязательна
- Таким больным рекомендовано участие в клинических исследованиях
-
- #L
- Пациент 76 лет обратился с жалобами на появление медленно увеличивающегося образования на коже височной области справа. При осмотре выпуклая бляшка до 2 см, сильно возвышающаяся над кожей, с неровной ороговелой поверхностью,

крошащимися участками, шелушащимися чешуйками, чрезвычайно плотная на ощупь.

Это -

- папиллома
- \$! старческая роговая кератома (кожный рог)
- актиномикоз
- атерома
- базалиома
- меланома
-
- #L
- К локальным методам лечения рака кожи не относится:
- лучевая терапия
- иссечение опухоли
- криотерапия
- \$! системная химиотерапия
-
- #L
- К лучевой терапии наиболее чувствительны:
- рак желудка
- \$! плоскоклеточный рак кожи
- липосаркома
- рак тела матки
-
- #L
- Для рака кожи характерны все перечисленные признаки, за исключением:
- постепенного прогрессирования
- появления углубления в центре бляшковидного образования
- отсутствие эффекта от лечения язвы кожи более 3 недель
- \$! сферической папулы, появившейся неделю назад
-
- #L
- Наиболее радиорезистентной опухолью является:
- базалиома
- плоскоклеточный ороговевающий рак
- плоскоклеточный неороговевающий рак
- \$! меланома
-
- #L
- Наиболее агрессивной опухолью человека считают:
- болезнь Ходжкина
- \$! меланому
- саркоидоз Бека
- плоскоклеточный рак
-
- #L
- Доброкачественным процессом с наименьшим риском малигнизации считают:
- лентиго
- меланоз Дюбрея
- \$! внутридермальный невус
- пигментная ксеродерма
-
- #L

- Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментного невуса являются следующие, за исключением:
 - увеличения невуса в размерах
 - потери кожного рисунка
 - \$! роста волос на поверхности невуса
 - изменения окраски невуса
 -
- #L
- Риск развития меланомы наименьший при:
 - меланозе Дюбрея
 - \$! голубом невусе
 - диспластическом невусе
 - ювенильной меланоме
 -
- #L
- Меланома развивается из следующих клеток:
 - ретикулобластов
 - гистеобластов
 - \$! меланобластов
 - лимфобластов
 -
- #L
- К симптомам малигнизации невуса относятся:
 - \$! быстрое увеличение невуса в размерах
 - \$! изменение цвета в сторону усиления пигментации
 - \$! появление "венчика" гиперемии вокруг невуса
 -
 -
- #L
- Среди факторов, способствующих малигнизации невуса, наиболее опасным является:
 - конституционные особенности организма
 - пол
 - \$! частая травматизация невуса
 - возраст
 -
- #L
- Меланома может расти:
 - \$! в высоту, возвышаясь над кожей
 - \$! в глубину кожных покровов
 - \$! по поверхности кожи
 -
 -
- #L
- Среди факторов, влияющих на прогноз при меланоме, наиболее важным является:
 - конституционные особенности организма
 - пол
 - возраст
 - \$! глубина инвазии по Кларку
 -
- #L
- Если на поликлиническом приеме больной жалуется на появление кровоточивости родимого пятна, необходимо выяснить:

- \$! является ли пигментное образование врожденным или приобретенным
- \$! наличие субъективных ощущений в области родинки
- \$! наличие травмы родинки
-
-
- #L
- Какой из названных методов исследования не используется для получения морфологической верификации при подозрении на меланому
 - мазок отпечаток опухоли
 - \$! пункционная биопсия
 - определение меланурии (реакция Якша)
 - широкое иссечение невуса под наркозом с гистологическим исследованием
-
- #L
- Клинические признаки базальноклеточного рака кожи.
 - \$! Язва с волокнообразными краями.
 - \$! Красновато-бурая, слегка шелушащаяся бляшка или эрозия.
 - \$! Полупрозрачный узел или бляшка. Цвет нормальной кожи, розовый или красный. Поверхность гладкая, блестящая, с нитевидными телеангиоэктазиями.
 - \$! Белесый склерозированный участок кожи с размытыми границами.
 - \$! Бляшка с гладкой, блестящей поверхностью и вкраплениями пигмента.
-
-
- #L
- Клиническое течение базалиомы:
 - \$! длительное
 - быстрое
 - с региональными метастазами
 - с отдаленными метастазами
-
- #L
- Для базалиомы характерно:
 - лимфогенное метастазирование
 - гематогенное метастазирование
 - \$! местно-деструктивный рост
 - преимущественная локализация на коже конечностей
-
- #L
- При иссечении меланомы кожи лица показано отступать от ее краев не менее:
 - \$! 1 см
 - 5 см
 - 3 см
 - 4 см
-
-
-
- <!-- Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов. Воспалительные заболевания периартикулярных тканей. Заболевания стопы.
-
-
-
- #L

- Клинически для остеоартроза не характерно:
 - боль
 - ограничение амплитуды движений в суставе
 - хруст в суставе при движении
 - \$! онемение кожи вокруг сустава
 - припухлость сустава
 - болезненная пальпация области сустава
 -
- #L
 - Для остеохондропатии Осгуда-Шлаттера характерно:
 - \$! чаще выявляется в возрасте 13-16 лет
 - чаще выявляется в возрасте 30-40 лет
 - \$! разрастание бугристости большеберцовой кости с образованием болезненной шишки под коленом
 - разрастание акромиального с образованием болезненной шишки под коленом
 -
- #L
 - Для остеоартроза характерно:
 - \$! боли усиливаются при физической активности и ослабевают в покое с преимущественным поражением крупных суставов, испытывающих нагрузку (весом тазобедренного, коленного, тазобедренного, коленного,)
 - \$! постепенно прогрессирующее ухудшение
 - \$! нет видимых признаков острого воспаления в области сустава
 - \$! нет утренней скованности
 - \$! хруст и гипертрофия костей
 - \$! рентгенологические признаки субхондрального склероза, формирование краевых остеофитов, постепенное сужение вплоть до исчезновения суставной щели, деформация поверхностей сустава и кистовидная деформация эпифизов костей
 -
- #L
 - Для артрита характерно:
 - \$! боли проявляются и в покое с преимущественным поражением локтевых, пястно-фаланговых суставов
 - \$! течение в виде атак, обострения в виде вспышек
 - \$! утренняя скованность
 - \$! отек мягких тканей
 - \$! рентгенологические признаки могут отсутствовать. Характерны диффузная утрата хряща и отсутствие новых костных разрастаний
 -
- #L
 - Ударно волновая терапия применяется при:
 - \$! остеоартроз I и II степени,
 - \$! подошвенный фасциит (пяточная шпора)
 - \$! эпикондилите,
 - \$! тендините или тендинозе
 - образованиях черепа
 - возрасте пациентов до 18 лет
 -
- #L
 - Лечение остеоартроза целесообразно начинать с:
 - эндопротезирования сустава
 - внутрисуставного введения кортикостероидных гормональных препаратов

- \$! применения нестероидных противовоспалительных препаратов
- \$! назначение хондропротекторов
- трансплантация аутологичного хряща
-
- #L
- Костные кисты более типичны для:
 - ревматоидного артрита
 - \$! остеоартроза
 - синдрома Рейтера
 - болезни Бехтерева
-
- #L
- Грубая крепитация в суставе характерна для:
 - реактивного артрита
 - ревматоидного артрита
 - \$! деформирующего остеоартроза
-
- #L
- Избирательное поражение суставов нижних конечностей более характерно для:
 - деформирующего остеоартроза
 - болезни Бехтерева
 - \$! синдрома Рейтера
 - псориатического артрита
-
- #L
- Тазобедренные суставы чаще вовлекаются при:
 - \$! деформирующем остеоартрозе
 - ревматоидном артрите
 - синдроме Рейтера
 - псориатическом артрите
-
- #L
- Какие признаки характерны для артроза?
 - \$! механические боли
 - \$! хруст в суставе
 - повышение кожной температуры над суставами
 - припухлость суставов
 - гиперпигментация кожи над пораженными суставами
-
- #L
- Какие лабораторные показатели присущи остеоартрозу?
 - анемия
 - лейкоцитоз
 - лейкопения
 - тромбоцитопения
 - \$! нормальные показатели крови
-
- #L
- Что из нижеперечисленного составляет рентгенологическую картину остеоартроза?
 - остеопороз
 - множественные эрозии суставных поверхностей
 - \$! остеофитоз

- \$! сужение суставной щели
- \$! остеосклероз
-
- #L
- Поражение каких суставов не характерно для генерализованного остеоартроза?
 - дистальных межфаланговых
 - проксимальных межфаланговых
 - \$! лучезапястных
 - коленных
-
- #L
- Основной признак гемартроза коленного сустава:
 - увеличение объёма сустава
 - кровоизлияние в мягкие ткани
 - ограничение движений в суставе
 - \$! баллотирование надколенника
 - синдром "выдвижного ящика"
-
- #L
- В основе дегенеративно-дистрофических изменений крупных суставов лежит поражение:
 - \$! хрящевой ткани
 - \$! связочного аппарата, субхондрального участка кости
 - \$! капсулы сустава, синовиальной жидкости
-
-
- #L
- Для второй стадии остеоартроза характерно:
 - снижение высоты рентгеновской суставной щели до 50% от нормы
 - контрактуры суставов, нарушение оси конечности
 - \$! снижение высоты рентгеновской суставной щели более 50% от нормы, остеофиты до 2-3 мм.
 - \$! выраженные явления субхондрального склероза, значительное сужение рентгеновской суставной щели
-
- #L
- Современные подходы к лечению остеоартроза включают в себя:
 - \$! устранение факторов риска (ожирение, ограничение нагрузок и т.д.)
 - \$! применение НПВС
 - \$! использование гепатопротекторов
 - \$! хондропротекторы
-
-
- #L
- Наиболее типичными осложнениями применения НПВС являются:
 - аллергические проявления
 - \$! гастропатии
 - повышение артериального давления
 - тромбозы
-
- #L
- Показаниями к консервативному лечению остеоартроза являются:

– наличие остеонекроза суставных поверхностей

–\$! болевой синдром

–\$! нарушение функции сустава

– деформация оси конечности

–

–

–#L

–Эпикондилит это:

– остеомиелит надмыщелка

– остеопороз надмыщелка

– остеофит надмыщелка

–\$! периостит и миофиброз

– отрыв надмыщелка

– инфицированная рана в области надмыщелка

–

–#L

–Лечение эпикондилита заключается в:

– циркулярном гипсовании предплечья и кисти

–\$! наложении гипсовой лонгеты, новокаиновых блокад с глюкокортикоидами, физиотерапии

–\$! назначении обезболивающих препаратов

– рентгенотерапии

– массаже и лечебной гимнастике

–

–#L

–Для плечелопаточного периартрита характерны все признаки кроме:

– боли в области плечевого сустава при боковом отведении руки

– боли в области плечевого сустава при качательных движениях вперед назад

– боли при ротации плеча кнутри

–\$! очаги обызвествления в окружающих плечевой сустав тканях

– атрофия мышц плечевого пояса

–

–#L

–Факторы, способствующие развитию плечелопаточного периартрита:

– возраст старше 35 лет

–\$! острая или хроническая функциональная травма области плечевого сустава

– острый инфекционный процесс в организме

– вывих плеча

– специфическая инфекция

–

–#L

–Для лечения плечелопаточного периартрита используются все перечисленные способы кроме:

– физиотерапии

– лечебной гимнастики

–\$! введения новокаина с глюкокортикоидами в полость плечевого сустава

– периартикулярное введение местных анестетиков с глюкокортикоидами

– применения нестероидных противовоспалительных препаратов внутрь и местно

–

–#L

–При выполнении каких работ может возникать крепитирующий паратенонит предплечья:

- \$! ручное выжимание белья
- поднятие тяжестей
- работа гаечным ключом
- рыбная ловля удочкой
- управление курсором монитора компьютерной мышью
-
- #L
- Что из нижеперечисленного указывает на воспалительный характер суставных болей?
 - деформация сустава
 - хруст в суставе
 - \$! припухлость сустава
 - \$! гипертермия кожи над суставом
 - боль возникает при нагрузке на сустав
 -
- #L
- Вид лечения, который целесообразно применять при вальгусной деформации 1-го пальца стопы:
 - консервативный-корректирующие гипсовые повязки
 - \$! оперативный
 - ЛФК, физиотерапия, массаж
 - санаторно-курортное лечение
 - ношение ортопедической обуви
 -
- #L
- Наиболее часто встречающуюся деформацию стопы:
 - \$! вальгусная деформация 1-го пальца стопы
 - полая стопа
 - пяточная стопа
 - "конская" стопа
 - варусная деформация стопы
 -
 -
- <!- Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Гнойные заболевания кисти и стопы. Инфекции костей и суставов. Анаэробная инфекция.
-
- #L
- В хирургии кисти при повреждении сухожилий сгибателей пальцев принято разделять всю кисть на зоны. Сколько выделяют зон повреждения сухожилия сгибателя пальца (за исключением I пальца)?
 - 6 зон
 - \$! 5 зон
 - 3 зоны
 - 4 зоны
 -
- #L
- В хирургии кисти при повреждении сухожилий разгибателей пальцев принято разделять всю кисть на зоны. Сколько выделяют зон повреждения сухожилий разгибателей пальцев (за исключением I пальца)?
 - 9 зон
 - 6 зон
 - \$! 7 зон

- 8 зон
-
- #L
- Нервы, иннервирующие мышцы, двигающие 1 палец кисти:
- мышечно-кожный
- \$! срединный
- плечелучевой
- \$! лучевой
- \$! локтевой
-
- #L
- Перелом Беннета - это:
- поперечный перелом основания I пястной кости
- перелом головки I пястной кости
- \$! внутрисуставной перелом основания I пястной кости
-
- #L
- Анатомические образования зоны "анатомической табакерки":
- Тыльная ветвь лучевой артерии
- \$! Поверхностная ветвь лучевого нерва
- Глубокая ветвь локтевого нерва
- \$! Лучевая артерия
-
- #L
- Срок иммобилизации при консервативном лечении переломов ладьевидной кости:
- 4-8 недель
- 6-8 недель
- 8-10 недель
- \$! до 3-4 месяцев
-
- #L
- Ведущий фактор в развитии синдрома запястного канала:
- компрессия сухожилия лучевого сгибателя кисти и лучевого нерва
- \$! компрессия сухожилий сгибателей и срединного нерва
- компрессия сухожилия локтевого сгибателя кисти и локтевого нерва
-
- #L
- Асептический некроз ладьевидной кости - это:
- болезнь Нотта
- \$! болезнь Прайзера
- болезнь де Кервена
- болезнь Кинбека
-
- #L
- Асептический некроз полулунной кости - это:
- \$! болезнь Кинбека
- болезнь Дюпюитрена
- болезнь Леддерхозе
- болезнь де Кервена
-
- #L
- Стеноз 1 фиброзного канала тыльной связки запястья - это:

- болезнь рудокопов
- \$! болезнь де Кервена
- болезнь Прайзера
- экстензорит
- болезнь Кинбека
-
- #L
- Между квадратным пронатором предплечья и сухожилиями глубокого сгибателя пальцев находится:
 - "запретная зона"
 - \$! пространство Пирогова
 - венозное сплетение
 - никаких значимых зон нет
-
- #L
- Количество сосудисто-нервных пучков на пальце:
 - 2
 - 3
 - \$! 4
 - 5
 - 1
-
- #L
- Синдром "щелкающего пальца" - это:
 - болезнь Прайзера
 - \$! болезнь Нотта
 - болезнь де Кервена
 - болезнь Кинбека
-
- #L
- Западение межпястных промежутков говорит о повреждении:
 - лучевого нерва
 - шейного сплетения
 - \$! локтевого нерва
 - срединного нерва
-
- #L
- Частые ночные пробуждения от боли и ощущения онемения в пальцах кисти свидетельствуют о:
 - невропатии лучевого нерва
 - \$! синдроме карпального канала
 - синдроме гийонова канала
 - подагре
 - деформирующем артрозе I запястно-пястного сустава
-
- #L
- Типичное смещение фрагментов пястных костей:
 - по ширине
 - \$! под углом, открытым в ладонную сторону
 - под углом, открытым в тыльную сторону
 - в зависимости от механизма перелома
-

–#L

–Дистальный ряд костей запястья образуют :

- Ладьевидная и трехгранная
- \$! Трапецевидная и трапеция
- Полулунная и гороховидная
- \$! Головчатая и крючковидная

–

–#L

–Мышцы в ходят в среднюю группу мышц кисти? (несколько ответов)

- \$! mm. interossei palmares, interossei dorsales
- mm. opponens pollicis, opponens digiti minimi
- \$! mm. lumbricales
- mm. abductor digiti minimi, opponens pollicis
- mm. abductor pollicis brevis
- mm. palmaris brevis, flexor digiti minimi brevis

–

–#L

–Что кровоснабжает r.palmaris superficialis a. Ulnaris:

- мышцы гипотенара
- исключительно кожу области гипотенара
- \$! такого сосуда не существует
- и мышцы и кожу гипотенара

–

–#L

–Чем образована arcus volaris superficialis?

- a.\$! ulnaris
- r. palmaris profundus a. Ulnaris
- \$! r. palmaris superficialis a. radialis
- r.palmaris profundus a. radialis

–

–#L

–Наиболее частым осложнением паронихии является:

- флегмона тыла стопы
- костный панариций
- \$! подногтевой панариций
- некроз дистальной фаланги

–

–#L

–Местом введения антибиотика при лимфотропном (эндолимфатическом) лечении панариция является:

- запястье
- \$! I пястный промежуток
- IV пястный промежуток
- пястный промежуток с обеих сторон от большого пальца

–

–#L

–При первичном подногтевом панариции не применяется:

- резекция ногтевой пластины
- удаление ногтевой пластины
- \$! перфорация ногтевой пластины
- дренирование подногтевого гнойника

–

–#L

– Вид пальца при подкожном панариции дистальной фаланги:

– \$! колбообразно утолщенный

– веретенообразный

– равномерно отечный (в виде "сосиски")

– шарообразный

–

–#L

– Наиболее частым осложнением подкожного панариция дистальной фаланги является:

– флегмона тыла кисти

– сухожильный панариций

– подногтевой панариций

– суставной панариций

– \$! костный панариций

–

–#L

– Определите правильную тактику ведения больных с подкожным панарицием в стадии серозного воспаления:

– сухое тепло, ванночки, повязки с антисептиками

– мазевые повязки

– \$! холод, покой верхней конечности, антибиотики широкого спектра действия

– раннее оперативное лечение

–

–#L

– При выполнении анестезии по Оберсту- Лукашевичу жгут на основную фалангу накладывается с целью:

– \$! препятствия оттоку раствора анестетика из зоны оперативного вмешательства

– \$! пролонгирования действия анестетика

– \$! обескровливания пальца

– профилактики генерализации гнойного воспаления

–

–#L

– Глубина разреза при операции по поводу подкожного панариция дистальной фаланги:

– не более 3 мм

– не более 2 мм

– \$! должна достигать гнойной полости

– должна достигать надкостницы

–

–#L

– Какой вид анестезии не используется при гнойном процессе на основной фаланге:

– по Усольцевой

– в межпальцевую складку

– внутривенный

– внутрикостный

– \$! по Оберсту- Лукашевичу

–

–#L

– Синовиальные влагалища сухожилий сгибателей II-IV пальцев кисти начинаются от проксимальной части дистальной фаланги и заканчиваются на уровне:

– основания пальцев

– \$! головок пястных костей

– retinaculum flexorum

- нижней трети предплечья
-
- #L
- Симптомы не характерны для сухожильного панариция:
 - полусогнутое положение пальца
 - усиление болей при нагрузке по оси пальца
 - усиление болей при сгибании разгибании
 - палец в виде "сосиски"
 - \$! колбообразное утолщение пальца
 - резкая болезненность по ходу сухожильного влагалища
-
- #L
- При сухожильном панариции антибиотики не вводятся в полость сухожильного влагалища по причине:
 - снижение активности антибиотика в гнойной среде
 - технической сложности данной манипуляции
 - \$! опасности сдавления брыжейки сухожилия
 - выраженного токсического действия антибиотика на синовиальную оболочку
-
- #L
- При костном панариции рентгенологические изменения следует ожидать:
 - одновременно с появлением клинической симптоматики остеомиелита
 - \$! через 10-14 дней
 - через 2-3 дня
-
- #L
- Что является осложнением ладонного мозольного абсцесса?
 - \$! флегмона тыла кисти
 - межпальцевая флегмона
 - флегмона пространства thenar
 - контрактура Дюпюитрена
 - флегмона среднеладонного пространства
 - стенозирующий лигаментит
-
- #L
- При лучевом или локтевом теносиновите наиболее часто прорыв гноя происходит:
 - в срединное ладонное пространство
 - на тыл кисти
 - \$! в пространство Пирогова Парона
 - в пространство thenar и hypothenar
-
- #L
- Наиболее частым осложнением атеромы является:
 - кровотечение
 - малигнизация
 - \$! нагноение
 - нарушение функции близлежащего сустава
-
- #L
- К принципам активного хирургического лечения гнойных ран не относят:
 - хирургическую обработку раны
 - \$! промывание раны перекисью водорода

- дренирование раны
- повышение специфического иммунитета
- повышение неспецифического иммунитета

-#L

-При лечении гнойной раны принципиально:

- применение сорбентов
- обработка раны лазером
- обработка раны ультразвуком
- \$! длительное проточное дренирование
- использование шва по Донати

-#L

-К принципам активного хирургического лечения гнойных ран относят:

- применение мазей на водорастворимой основе
- повышение специфического иммунитета
- \$! использование ВАК-системы для лечения ран
- обработку ран лучами лазера
- использование ультразвука

-#L

-При острых гнойных заболеваниях в ранах преобладает:

- стрептококк
- протей
- кишечная палочка
- \$! стафилококк
- синегнойная палочка

-#L

-О резистентности организма нельзя судить:

- по фагоцитозу
- \$! по тромбоэластограмме
- по содержанию иммуноглобулинов
- по бактерицидной активности лейкоцитов
- по содержанию В-лимфоцитов

-#L

-Классификация по микробному загрязнению не включает раны:

- асептические
- инфицированные
- контаминированные
- \$! неклостридиальные
- гнойные

-#L

-К объективным критериям течения раневого процесса относят:

- \$! бактериологическое исследование
- интенсивность гиперемии кожи вокруг раны
- степень отека тканей
- интенсивность болей
- сроки заживления раны

–#L

–Гнойное воспаление в ране протекает типично:

- при изменении общей реактивности организма
- при тяжёлых сопутствующих заболеваниях
- \$! при микробной обсеменённости раны выше критического уровня
- при массивной антибактериальной терапии
- при снижении иммунитета

–

–#L

–Первичная хирургическая обработка раны не включает:

- широкого рассечения раны
- \$! иссечения гипергрануляций
- вскрытие карманов
- вскрытие затеков
- иссечение тканей, пропитанных гноем

–

–#L

–Первичная хирургическая обработка раны не способствует:

- ускорению заживления
- \$! изменению характера микрофлоры
- снижению интоксикации
- улучшению косметических результатов
- предупреждению вторичной инфекции

–

–#L

–Жизнеспособная мышца обычно:

- блестящая
- розового цвета
- \$! тусклая
- обильно кровоточит
- сокращается при разрезе

–

–#L

–Дренирующее действие марлевого тампона продолжается:

- 1-2 часа
- \$! 3-4 часа
- 5-6 часов
- 10-12 часов
- 20-24 часа

–

–#L

–Накладывать швы на гнойную рану нельзя:

- \$! при невозможности проведения полноценной хирургической обработки
- при удалении из раны большого количества некротических тканей
- при отсутствии воспалительных изменений кожи
- при невозможности адекватного сопоставления краёв
- при отсутствии натяжения краёв раны

–

–#L

–При анафилактическом шоке не применяют:

- наложение жгута выше места инъекции
- капельное введение норадреналина

- введение преднизолона
- \$! сосудорасширяющие препараты
- супрастин
-
-
- <!-- Использование антибиотиков
-
- #L
- Какой из побочных эффектов возможен при применении антибиотика любой группы:
- Кардиотоксические эффекты
- Вегето-сосудистая дистония
- \$! Дисбактериоз
- Угнетение ЦНС
-
- #L
- При необходимости антибиотикотерапии у беременных препаратами выбора будут:
- Аминогликозиды
- \$! ?-лактамы
- Фторхинолоны
- Тетрациклины
-
- #L
- Принцип эмпирической антибиотикотерапии:
- Микробиологический анализ материала из очага инфекции
- Микроскопический анализ материала из очага инфекции
- \$! Учет естественной флоры в анатомической связи с очагом
- Наличие лихорадки более 3 суток
-
- #L
- Эффективность антибиотикотерапии оценивают:
- После первой дозы
- \$! На 2 сутки
- На 3-4 сутки
- На 5-7 сутки
-
- #L
- Антибиотики назначаются при:
- Грибковых инфекциях
- \$! Бактериальных инфекциях
- Вирусных инфекциях
- При глистных инвазиях
-
- #L
- Антибиотики обладают следующим действием:
- Противоаллергическим
- Жаропонижающим
- \$! Антибактериальным
- Обезболивающим
-
- #L
- Укажите один из компонентов общего лечения при гнойных заболеваниях:
- Профилактика грибковых поражений кожи

- Отказ от дезинтоксикационной терапии
- \$! Подавление жизнедеятельности патогенных микробов
- Отказ от коррекции углеводного и водно-электролитного обмена.
-
- #L
- При рожистом воспалении кожи не назначают:
- Амоксициллин
- Азитромицин
- \$! Фосфомицин
- Клиндамицин
-
- #L
- Возбудителем гидраденита чаще всего является:
- Стрептококк
- \$! Стафилококк
- Синегнойная палочка
- Кишечная палочка
-
- #L
- Фурункул, как правило, вызывается:
- Стрептококком
- \$! Стафилококком
- Синегнойной палочкой
- Протеом
-
- #L
- Возбудителем рожи является:
- Золотистый стафилококк
- \$! Стрептококк
- Кишечная палочка
- Ассоциация микроорганизмов
-
- #L
- При укусе собаки не назначают следующий препарат:
- Амоксициллин/клавуланат
- Левофлоксацин
- \$! Флуконазол
- Ципрофлоксацин
-
- #L
- Цель добавления метронидазола к антибактериальной терапии:
- Усиление эффекта в отношении Гр(-)флоры
- Усиление эффекта в отношении Гр(+)флоры
- \$! Воздействие на анаэробную флору
- Воздействие на метициллин резистентный стафилококк
-
- #L
- Метициллинрезистентный стафилококк (MRSA) –
- \$! Не чувствителен ко всем ?-лактамным антибиотикам
- Чувствителен к цефалоспорином III поколения
- Чувствителен к метронидазолу
- Чувствителен к защищенным аминопенициллинам

-
- #L
- Периоперационная антибиотикопрофилактика:
 - \$! предназначена для уменьшения вероятности развития инфекции, связанной с хирургическим вмешательством
 - \$! осуществляется путем однократного внутривенного введения антибиотика за 30 минут до разреза и повторное введение во время длительной операции (более 3 часов)
 - \$! выполняется при чистых операциях только у лиц имеющих факторы риска
 - \$! выполняется при всех "условно чистых" операциях
 - \$! выполняется при всех операциях по поводу инфекционно-воспалительных процессов
- выполняется у всех пациентов при любых видах операций

–

–

–

–

- <!– Ургентная хирургия. "Острый живот" Алгоритм дифференциальной диагностики и тактики лечения. Спонтанный пневмоторакс. Кровотечение: наружное и внутреннее. Местные гемостатические средства.

–

- #L
- При какой ситуации будет наблюдаться клиническая картина атипичной перфорации язвы желудка, двенадцатиперстной кишки:
 - перфорация язвы задней стенки желудка при открытом Винсловом отверстии
 - \$! перфорация язвы задней стенки желудка при закрытом Винсловом отверстии
 - \$! перфорация язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки
 - перфорация язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки
 - \$! перфорация язвы кардиального отдела желудка, расположенной по малой кривизне
 - перфорация язвы передней стенки желудка

–

- #L
- Какие симптомы характерны для атипичной перфорации язвы желудка, двенадцатиперстной кишки:
 - "доскообразный" живот
 - исчезновение при перкуссии "печеночной тупости"
 - притупление в отлогих местах живота
 - появление свободного газа под диафрагмой при обзорной рентгенограмме брюшной полости
 - \$! появление подкожной эмфиземы в надключичной области, в околопупочной области
 - \$! выявление инфильтрата в эпигастральной области

–

- #L
- При рвоте кровью или цвета "кофейной гущи" причиной кровотечения может быть:
 - \$! носовое кровотечение
 - \$! кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
 - \$! синдром Мэллори-Вейса
 - \$! эрозивный гастрит
 - \$! язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки
 - \$! осложненная киста поджелудочной железы

–

- #L
- Тяжелое течение панкреатита отличается от легкого течения наличием:
 - \$! признаков полиорганной недостаточности

- \$! местных жидкостных скоплений по данным инструментальных методов визуализации (ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, мультиспиральная компьютерная томография)
- гиперферментемии
- опоясывающих болей
- \$! кожных симптомов (желтухи, цианотичных пятен)
- \$! признаков перитонита
-
- #L
- Для острой обтурационной кишечной непроходимости на уровне тощей кишки характерно:
 - сильные схваткообразные боли
 - \$! отсутствие схваткообразных болей
 - \$! обильная рвота желчью
 - рвота без примеси желчи
 - задержка стула и газов
 - асимметричное вздутие нижних отделов живота
-
- #L
- Для тромбоза/тромбоэмболии мезентериальных артерий характерно:
 - отсутствие болей в животе
 - \$! очень сильные боли в животе
 - \$! появление кровянистых выделений при пальцевом ректальном исследовании
 - \$! очень выраженный лейкоцитоз в клиническом анализе крови
 - выраженная лейкопения в клиническом анализе крови
 - безболезненный при пальпации живот
 - ж.\$! положительный симптом Блинова
-
- #L
- Для синдрома Курвуазье характерно:
 - \$! определяемый при пальпации увеличенный, безболезненный желчный пузырь
 - определяемый при пальпации увеличенный, болезненный желчный пузырь
 - \$! наличие желтухи
 - отсутствие желтухи
 - \$! увеличение размеров головки поджелудочной железы (по данным УЗИ)
 - отсутствие расширения внутрипеченочных и внепеченочных желчных путей
-
- #L
- Появление в кале неизменной крови возможно при:
 - \$! дивертикулите толстой кишки
 - \$! геморрое
 - \$! осложненных колоректальных полипах
 - \$! колоректальных опухолях
 - \$! трещине прямой кишки
 - кровоточащей язве желудка
-
- #L
- Для синдрома Бурхаве характерно:
 - \$! подкожная эмфизема в шейно грудной области
 - \$! появление затемнения левой плевральной полости на обзорной рентгенограмме грудной клетки
 - \$! внезапная, возникающая в момент приступа рвоты, сильная режущая боль в грудной

- клетке, которая может иррадиировать в левое надплечье, левую поясничную область и нарастает при глотании
- \$! рвота съеденной пищей
- \$! появление свободного газа в брюшной полости при обзорной рентгенограмме брюшной полости
- \$! появление одышки
-
- #L
- Артериомезентериальная кишечная непроходимость обусловлена:
 - тромбозом верхней брыжеечной артерии
 - \$! сдавлением нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки верхней брыжеечной артерией, отходящей в некоторых случаях от аорты под острым углом
 - тромбозом нижней брыжеечной артерии
 - компрессией верхней брыжеечной артерии увеличенными лимфатическими узлами
 - компрессией нижней брыжеечной артерии увеличенными лимфатическими узлами
 - такой формы кишечной непроходимости не существует
-
- #L
- Для спонтанного пневмоторакса характерно:
 - \$! внезапная боль в грудной клетке на стороне поражения
 - \$! внезапно возникшая, прогрессирующая одышка
 - \$! ослабление или отсутствие дыхания на стороне поражения
 - появление подкожной эмфиземы
 - появление кровохарканья
-
- #L
- Новокаиновая блокада по Лорин-Эпштейну применяется при проведении дифференциального диагноза острого аппендицита и:
 - острого холецистита
 - острого панкреатита
 - \$! почечной колики
 - острой кишечной непроходимости
 - острого аднексита
 - внематочной беременности
-
- #L
- Симптом Промптова применяется при проведении дифференциального диагноза острого аппендицита и:
 - острого холецистита
 - острого панкреатита
 - острой урологической патологии
 - острой кишечной непроходимости
 - \$! острой гинекологической патологии
 - перфоративной язвы желудка
-
- #L
- Симптом Джанелидзе используют при остром панкреатите при проведении дифференциального диагноза с:
 - острым холециститом
 - \$! острым инфарктом миокарда
 - острой урологической патологией
 - острой кишечной непроходимостью

- острой гинекологической патологией
- перфоративной язвой желудка
-
- #L
- У пациента с подозрением на перфоративную язву желудка/двенадцатиперстной кишки и невозможностью выполнения обзорной рентгенограммы брюшной полости в положении стоя делают исследование на наличие "свободного газа в животе" в положении "лежа":
 - на спине
 - на животе
 - \$! на левом боку
 - на правом боку
 - по Тренделенбургу
 - по Фовлеру
-
- #L
- Симптом Ратнера-Виккера- выявление локального напряжения и болезненности в правом верхнем квадранте живота при перфоративной язве желудка и 12-ти перстной кишки характерно для :
 - для перфорации язвы задней стенки 12- перстной кишки
 - \$! прикрытой перфорации в свободную брюшную полость язвы желудка и 12- перстной кишки
 - типичной неприкрытой перфорации язвы передней стенки желудка и 12- перстной кишки
 - перфорации язвы задней стенки желудка
 - перфорации язвы малой кривизны желудка
 - характерен для всех случаев перфорации
-
- #L
- Появление ретроградной амнезии при травме головы указывает на:
 - \$! наличие черепно-мозговой травмы, как минимум сотрясения головного мозга
 - характерно для ушиба головного мозга и нехарактерно для сотрясения головного мозга
 - \$! необходимость выполнения компьютерной томографии черепа для исключения перелома костей черепа, ушиба и кровоизлияния мозга
 - исключает черепно-мозговую травму
 - является показанием к люмбальной пункции
 - указывает на эпилепсию
-
- #L
- Для разрыва аневризмы брюшного отдела аорты характерно:
 - \$! внезапная острая боль в животе и поясничной области,
 - \$! коллапс, снижение артериального давления
 - \$! выявление при пальпации пульсирующего образования в брюшной полости
 - \$! выявляются симптомы кровопотери
 - неинформативность трансабдоминального ультразвукового исследования
-
- #L
- Для ущемленной наружной грыжи живота характерно:
 - \$! внезапное прекращение способности грыжи вправляться
 - \$! внезапная сильная боль в области грыжи
 - \$! выраженная напряженность и болезненность при пальпации грыжи
 - \$! отрицательный симптом "кашлевого толчка"

- \$! возможно появление со стороны живота перитонеальных симптомов и/или симптомов острой кишечной непроходимости
-
- #L
- Патогномичным симптомом острого холецистита является:
 - положительный симптом Кера
 - положительный симптом Курвуазье
 - положительный симптом Ортнера
 - положительный симптом Мерфи
- \$! выявление при пальпации увеличенного болезненного желчного пузыря
-
- #L
- Признаком деструктивного холецистита по данным ультразвукового исследования является:
 - увеличение желчного пузыря в размерах
 - уменьшение желчного пузыря в размерах
 - \$! выявление расслоение стенок желчного пузыря
 - \$! появление перивезикально жидкостных скоплений или инфильтрата
 - расширение диаметра холедоха и внутрипеченочных желчных протоков
-
- #L
- Если при осмотре пациента с ущемленной грыжей в области грыжи выявляется гиперемия кожи и инфильтрат, то это:
 - \$! флегмона грыжевого мешка
 - рожистое воспаление
 - аллергическое проявление
 - такого не встречается
-
- #L
- Для острого панкреатита характерно:
 - \$! провокация боли приемом алкоголя/ его суррогатов или обильной пищи
 - \$! опоясывающие или иррадиирующие в спину постоянные интенсивные боли в верхнем отделе живота
 - \$! неукротимая рвота, неприносящая облегчения
 - \$! вздутие верхней половины живота
 - \$! гиперамилаземия, диастазурия
-
- #L
- Для гемоперитонеума характерно:
 - \$! мягкий, резко болезненный живот, положительный симптом Куленкампа
 - \$! признаки кровопотери (бледность, коллапс, снижение артериального давления, анемия)
 - резко напряженный живот, положительный симптом Щеткина -Блюмберга
 - \$! симптом "ваньки-встаньки"
 - \$! наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным ультразвукового исследования
-
- #L
- В Российской Федерации наиболее частой по этиологии формой острого панкреатита является:
 - \$! алкогольно-алиментарный
 - билиарный

- посттравматический
- ишемический
- идиопатический
-
- #L
- При попадании и закупорки инородным телом верхних дыхательных путей и нарастающей асфиксии необходимо экстренно:
 - \$! применить прием Мофенсона или прием Хеймлиха
 - \$! при отсутствии эффекта от приема Мофенсона/ Хеймлиха экстренно выполнить подручными средствами коникотомию/трахеостомию
 - выполнить рентгенограмму грудной клетки
 - снять электрокардиограмму
 - попытаться зажимом удалить через рот инородное тело
-
- #L
- Для острой кишечной непроходимости при физикальном обследовании характерно:
 - \$! асимметричное вздутие живота
 - \$! усиленная, а в дальнейшем ослабленная перистальтика кишечника
 - \$! Положительный симптом Склярова
 - \$! Положительный симптом Валя
 - \$! Положительный симптом Цеге фон Мантейфеля
-
- #L
- Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются:
 - \$! расширение петель кишечника,
 - \$! появление перистости и аркад в тонкой кишке (симптом "рыбьего скелета")
 - \$! появление уровней жидкости в просвете кишечника (чаш Клойбера)
 - \$! замедление пассажа и остановка продвижения бария при проведении пробы Шварца
 - появление пневмоперитонеума
-
- #L
- С какими из перечисленных ниже заболеваний чаще всего приходится дифференцировать прикрытую перфорацию язвы 12-перстной кишки?
 - острая кишечная непроходимость
 - \$! почечная колика
 - \$! острый аппендицит
 - внематочная беременность
 - \$! острый панкреатит
 - \$! острый холецистит
-
- #L
- Болезнь Менитрие это:
 - парадоксальная дисфагия
 - дивертикулёз желудка
 - \$! гигантский гипертрофический гастрит
 - атрофический гастрит
 - лимфома желудка
-
- #L
- Укажите фактор, наиболее способствующий развитию странгуляционной непроходимости:
 - приём острой пищи

- \$! спаечный процесс в брюшной полости
- долихосигма
- приём алкоголя
- запоры
-
- #L
- Какие из перечисленных методов исследования являются решающими при постановке диагноза острой кишечной непроходимости:
- биохимические анализы крови
- \$! обзорная рентгенография брюшной полости
- \$! исследование пассажа бария по желудочно-кишечному тракту (ЖКТ) "глоток бария"
- эзофагодуоденоскопия
- ультразвуковое исследование брюшной полости
-
- #L
- Характер оперативного лечения при прободной язве желудка определяет:
- возраст больного
- локализация перфоративного отверстия
- \$! степень выраженности перитонита
- \$! срок с момента перфорации
-
- #L
- При каком виде острой кишечной непроходимости наблюдаются кровянистые выделения из прямой кишки:
- заворот тонкой кишки
- спастическая непроходимость
- \$! инвагинация
- паралитическая непроходимость
- злообразование
-
- #L
- Инвагинация относится к непроходимости:
- спастической
- паралитической
- обтурационной
- странгуляционной
- \$! смешанной
-
- #L
- Причиной развития паралитической кишечной непроходимости не может быть:
- перитонит
- \$! свинцовое отравление
- острый панкреатит
- забрюшинная гематома
- \$! спаечная болезнь
-
- #L
- Какой способ исследования вы выберёте при подозрении на абсцесс Дугласова пространства?
- ректороманоскопия
- лапароскопия
- перкуссия и пальпация живота

- \$! пальцевое ректальное исследование
- рентгеноскопия брюшной полости
- ультразвуковое исследование брюшной полости
-
- #L
- Какие из перечисленных клинических признаков типичны для острого аппендицита у взрослых?
- \$! локальные боли в правой подвздошной области
- иррадиация болей в бедро
- температура тела выше 38 градусов
- \$! положительный симптом Кохера
- многократная рвота
- \$! локальное напряжение мышц
-
- #L
- Для каких острых хирургических заболеваний органов брюшной полости являются характерными схваткообразные боли?
- острый аппендицит
- острый холецистит
- острый панкреатит
- \$! острая кишечная непроходимость
- перфоративная язва
- разлитой перитонит
-
- #L
- Врач, вызванный к пациенту на дом, видит, что больной от сильных болей в животе мечется по комнате, кричит, приседает, кидается в постель и снова встаёт. Что можно заподозрить у больного ещё до осмотра?
- перфорацию язвы
- разлитой перитонит
- \$! почечную колику
- ущемление грыжи
- острый инфаркт миокарда
-
- #L
- Многократная рвота является характерным признаком?
- острый аппендицит
- \$! острый панкреатит
- перфоративная язва желудка
- \$! острая тонкокишечная непроходимость
- разлитой перитонит
-
- #L
- У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. Какое осложнение можно предположить?
- стеноз привратника
- \$! пенетрация в поджелудочную железу
- малигнизация
- перфорация
- демпинг синдром
-
- #L

- Что не характерно для мезентериального тромбоза?
- высокий лейкоцитоз
- интенсивные постоянные боли в животе
- примесь крови в каловых массах
- заболевания сердечно-сосудистой системы в анамнезе
- \$! отсутствие болей в животе
-
- #L
- В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит:
- микробной флоре
- плазмоцитарной инфильтрации
- микроциркуляторным нарушениям
- \$! аутоферментной агрессии
- венозному стазу
-
- #L
- Наиболее частым симптомом острого панкреатита является:
- \$! тошнота и рвота
- гипертермия
- желтуха
- вздутие живота
- \$! боли в верхней половине живота
-
- #L
- Показаниями к оперативному лечению спонтанного пневмоторакса являются:
- \$! неэффективность дренирования в течении 5 суток
- \$! рецидивирующий спонтанный пневмоторакс
- \$! подкожная эмфизема
- \$! наличие крупных булл и больших дефектов лёгочной ткани
- выпот в плевральной полости
- внутриплевральное кровотечение
-
- #L
- Наиболее информативным методом инструментальной диагностики спонтанного пневмоторакса является:
- сцинтиграфия легких
- ангиопульмонография
- \$! рентгенография легких
- пневмомедиастинография
- медиастиноскопия
-
- #L
- Какое исследование целесообразно назначить больному для уточнения источника желудочно-кишечного кровотечения, возникшего на фоне острого инфаркта миокарда:
- рентгенография желудка
- \$! фиброгастроуденоскопия (ФГДС)
- обзорный снимок живота
- ограничиться клиническими предположениями
- ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости
-
- #L
- Показания к гемотрансфузии при остром гастродуоденальном кровотечении:

- мелена
- \$! прогрессирующее снижение гематокрита
- признаки гиповолемии
- артериальная гипотензия
-
- #L
- Какое кровотечение из верхних отделов ЖКТ может быть остановлено с помощью зонда Блэкмора:
 - кровотечение из эрозий слизистой желудка
 - кровотечение из язвы 12-перстной кишки
 - \$! кровотечение из варикозных вен пищевода
 - кровотечение при синдроме Меллори-Вейса
 -
- #L
- Наиболее частой причиной кровотечения из верхних отделов ЖКТ является:
 - портальная гипертензия
 - распадающаяся опухоль желудка
 - \$! язва желудка или 12-перстной кишки
 - эрозивный гастрит
 - синдром Меллори-Вейса
 - дивертикулы пищевода
 -
- #L
- На основании каких критериев можно оценить степень кровопотери, если с начала гастродуоденального кровотечения прошло не более 1 часа?
 - \$! пульс
 - \$! уровень артериального давления (АД)
 - гемоглобин
 - гематокрит
 - объём мелены
 -
- #L
- Выберите наиболее целесообразный метод диагностики источника язвенного кровотечения:
 - зондирование желудка
 - рентгеноскопия желудка
 - компьютерная томография
 - ангиографическое исследование целиакографии
 - \$! эзофагогастродуоденоскопия
 -
- #L
- Срыгивание пенистой кровью ярко красного цвета, усиливающееся при кашле, характерно для:
 - кровоточащей язвы желудка
 - опухоли кардии
 - синдрома Меллори-Вейса
 - \$! лёгочного кровотечения
 - синдрома Рандю Ослера
 -
- #L
- Для кровоточащей язвы 12-перстной кишки не характерно:
 - рвота цвета кофейной гущи

- \$! усиление болей в животе
- падение гемоглобина
- мелена
- снижение ОЦК
-
- #L
- При рецидиве язвенного гастродуоденального кровотечения показана:
- \$! экстренная операция
- эндоваскулярная селективная гемостатическая терапия
- повторная эндоскопическая гемостатическая терапия
- интенсивная консервативная гемостатическая терапия
-
- #L
- Какие препараты следует применять при геморрагическом шоке, сопровождающем язвенное кровотечение, с целью повышения артериального давления:
- адреналин
- допмин
- \$! полиглюкин, гелофузин
- мезатон
-
- #L
- Первичная локализация болей при остром аппендиците чаще всего бывает:
- в поясничной области
- в области пупка
- \$! в эпигастральной области
- внизу живота
- в правой подвздошной области
-
- #
-
- Для флегмонозного аппендицита характерно всё, кроме:
- интенсивных, постоянных, пульсирующих болей в правой подвздошной области
- \$! частой рвоты
- симптомов раздражения брюшины
- повышения температуры до 38-38,5о С
- лейкоцитоза 12-20х10⁹/л со сдвигом формулы влево
-
- #L
- Клиническими признаками острого холецистита являются:
- напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье
- приступообразные боли в правом подреберье
- тошнота, рвота
- иррадиация болей в правое плечо, надплечье
- \$! все ответы правильные
-
- #L
- Для перитонита у стариков типично:
- быстрая генерализация процесса
- \$! преобладание местных симптомов над общими
- выраженные признаки интоксикации
- часто развивается под маской ОРЗ или токсикоинфекции

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

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

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе

Решение Методического Совета
Протокол № _____

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

от «___» _____ 2019г.

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

Всего часов: 6 академических часов

Вид контроля: Зачет

**Санкт-Петербург
2019 г.**

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

Авторы:

Доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии Зарипова З.А.

Преподаватель кафедры анестезиологии и реаниматологии Поликарпова Е.В.

Рецензент:

Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Полушин Ю.С.

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

Протокол № 226 от «08» мая 2019 г.

СОДЕРЖАНИЕ

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

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

1.1 КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИМа

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

Цель СИМа

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

Задачи СИМа

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

1.2 РАЗДЕЛЫ СИМа

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

1.3 КОМПЕТЕНЦИЯ (ЧАСТЬ КОМПЕТЕНЦИИ):

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

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

медицинская деятельность:

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

- Проект ФГОС ВО 3++ от 2019 г.

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

3.2. Программа специалитета должна устанавливать следующие универсальные компетенции:

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

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

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

3.3. Программа специалитета должна устанавливать следующие общепрофессиональные компетенции:

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

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

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

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

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

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

1.4 ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Знать:

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

Уметь:

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

Владеть:

- алгоритмом действий при выполнении базового реанимационного комплекса

1.5 ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ

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

- Практическая методика в 4 шага (30 минут):

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

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

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

- Практическая методика в 4 шага (30 минут):

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

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

1.6 ВИДЫ КОНТРОЛЯ

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

2. СОДЕРЖАНИЕ СИМа

2.1 ОБЪЕМ СИМа

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

2.2 ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН БРИФИНГА СИМа

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

2.3 ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ СИМа

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

2.4 СОДЕРЖАНИЕ БРИФИНГА СИМа

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

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

2.5.1 Оценка состояния пострадавшего

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

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



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

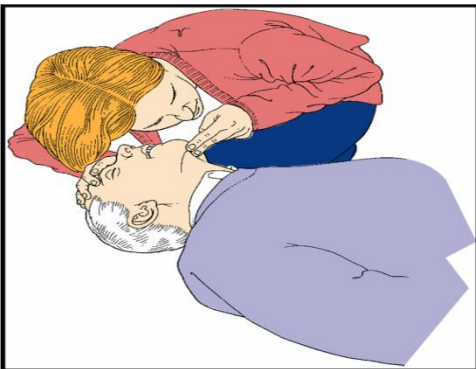
Рисунок 1. Оценка сознания у пострадавшего.

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



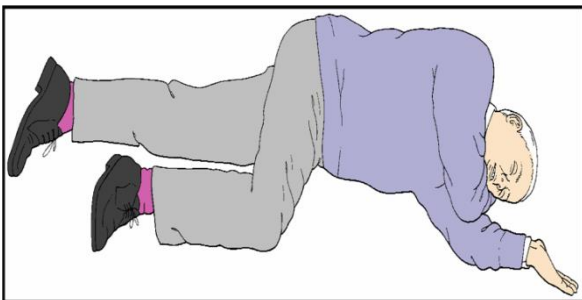
4. **Оцените наличие дыхания у пострадавшего.** Положите пострадавшего горизонтально на спину на твёрдую поверхность (если он ещё не находится в этом положении). Одну руку положите на лоб пострадавшего, оказывая незначительное давление. Другой рукой поднимите нижнюю челюсть за подбородок, обеспечивая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

Рисунок 2. Обеспечение проходимости дыхательных путей.



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

Рисунок 3. Оценка эффективности самостоятельного дыхания.



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

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

2.5.2 Вызов скорой медицинской помощи

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

- объем оказываемой помощи (начата сердечно-лёгочная реанимация)

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

2.5.3 Техника закрытого (непрямого) массажа сердца

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

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

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

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

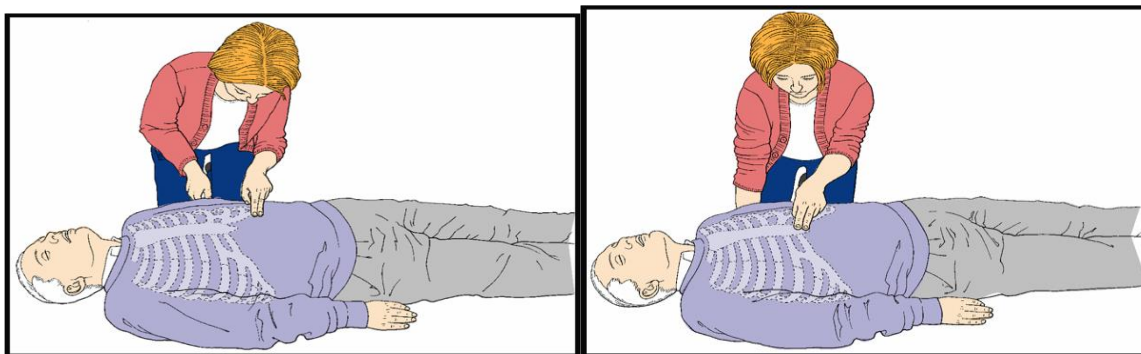


Рисунок 5. Определение местонахождения мечевидного отростка.

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

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

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

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

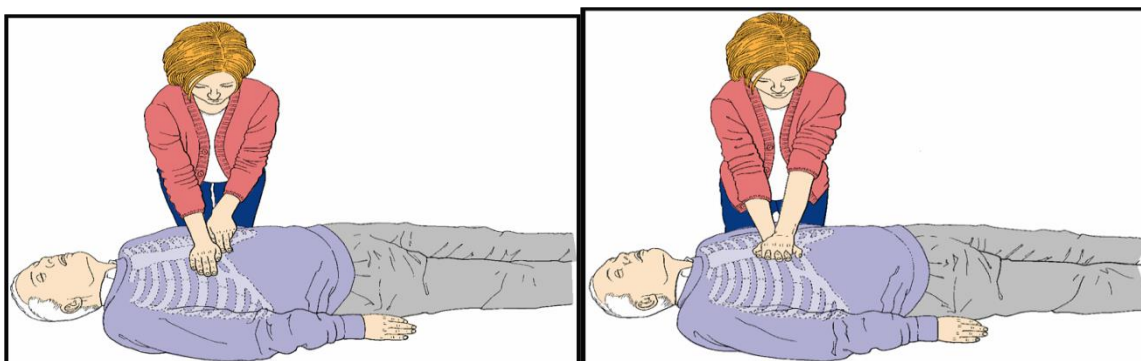


Рисунок 6. Положение рук при проведении закрытого массажа сердца.

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

2.5.4. Проведение искусственной вентиляции лёгких

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

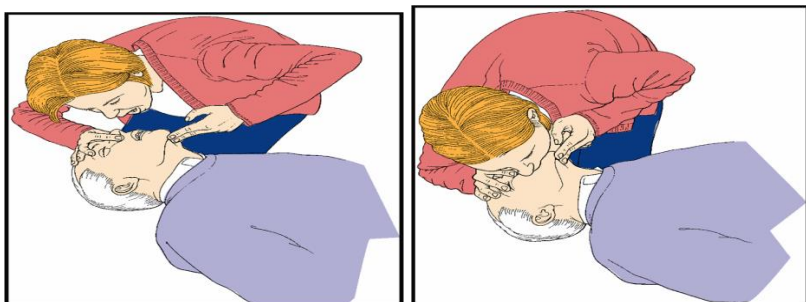


Рисунок 7. Искусственная вентиляция легких методом «рот в рот».

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

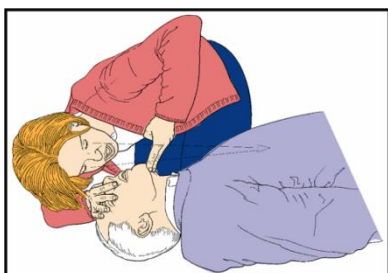


Рисунок 8. Оценка эффективности искусственной вентиляции лёгких.

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

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

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

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

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

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

2.5.5. Использование автоматического наружного дефибриллятора

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

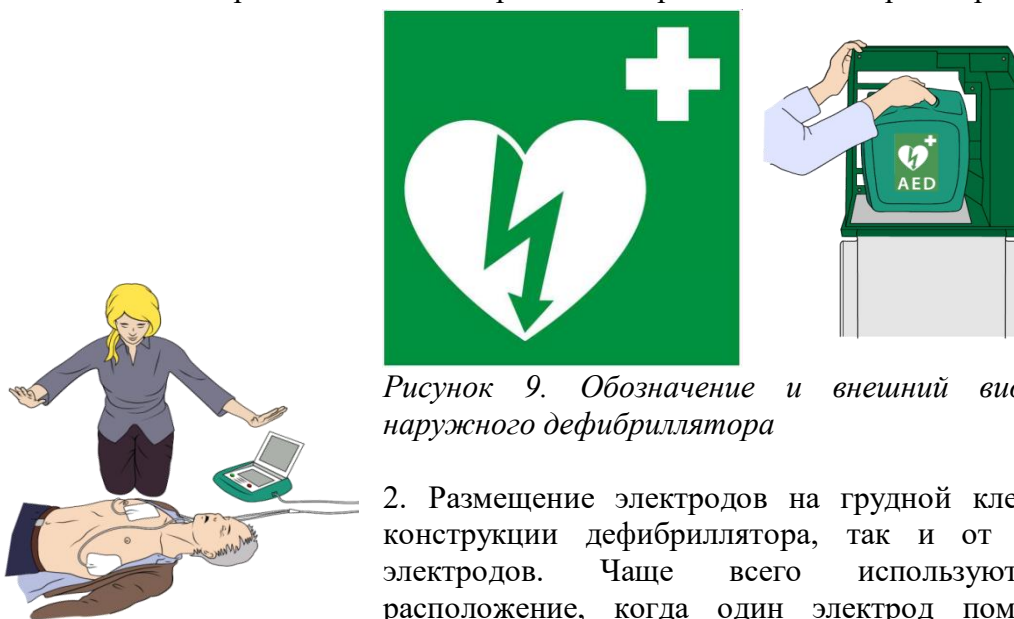


Рисунок 9. Обозначение и внешний вид автоматического наружного дефибриллятора

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

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

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

Рисунок 10. Период оценки ритма при использовании АНД

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

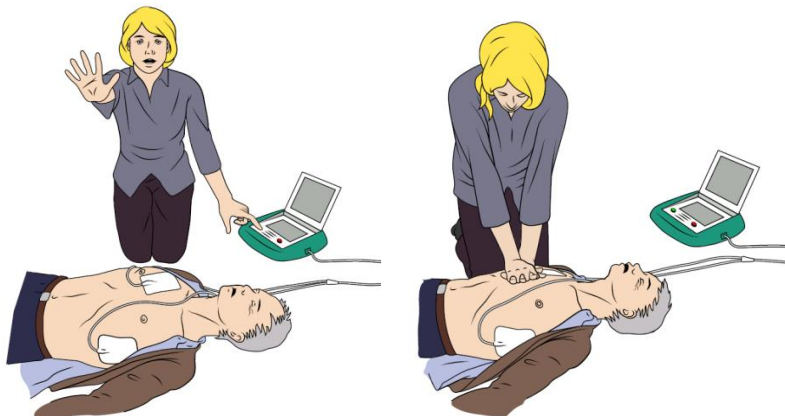


Рисунок 11. Безопасная работа с автоматическим наружным дефибриллятором.

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

Весь алгоритм действий представлен на *рис. 12*.

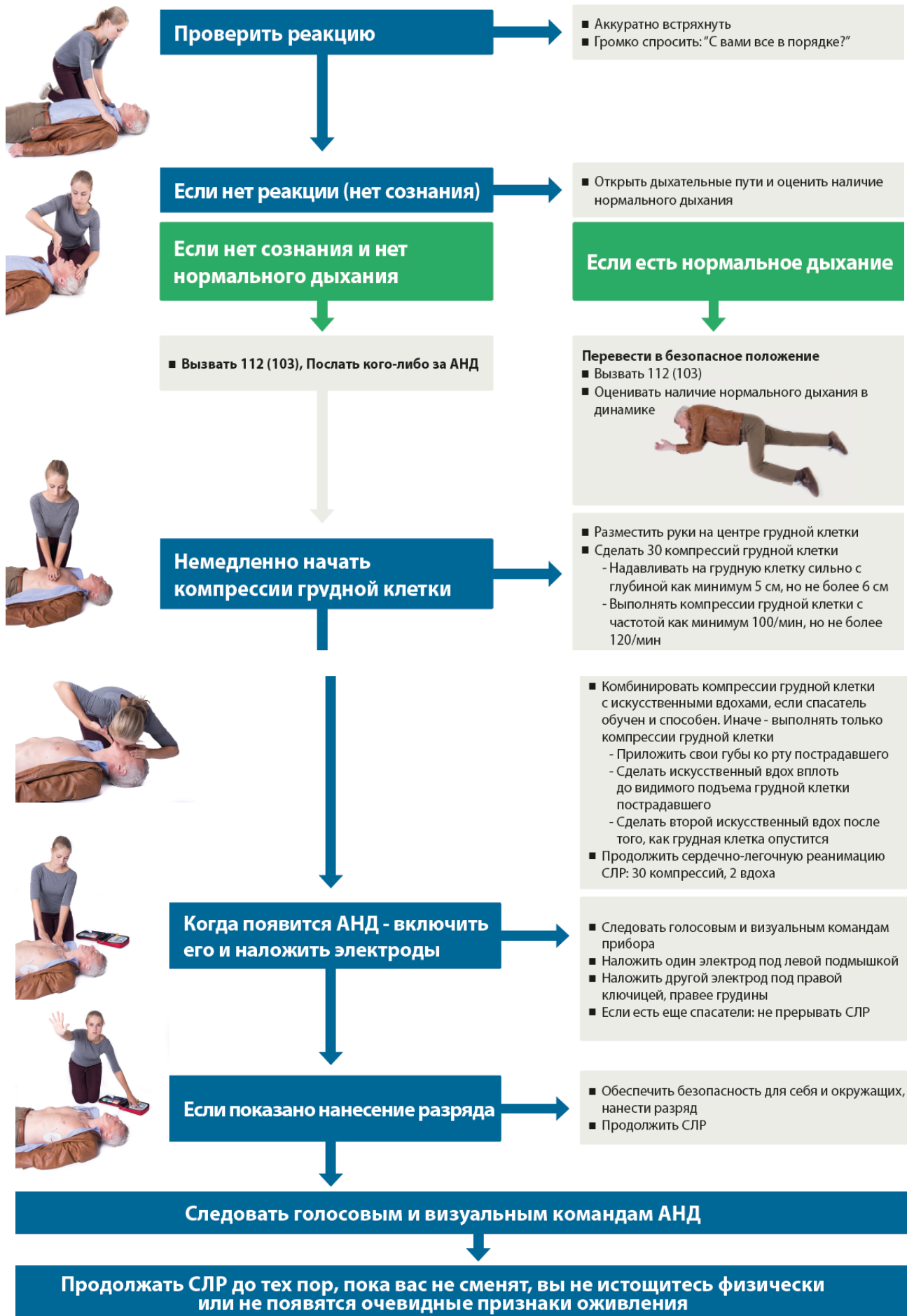


Рисунок 12. Алгоритм проведения базового реанимационного комплекса с автоматическим наружным дефибриллятором (рекомендации 2015 года Европейского Совета по реанимации и Национального Совета по реанимации)

2.6 ИНТЕРАКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

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

3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИМа

3.1 ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

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

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

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

3.3 ПЕРЕЧЕНЬ МАТЕРИАЛОВ:

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

3.4 ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ

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

4. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

4.1 Чек-лист

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

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

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

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

Подпись преподавателя

Замечания преподавателя:

Информация для лаборанта/вспомогательного персонала

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

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

6. СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ

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