

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность **31.08.63 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ**

Год начала обучения **2021 год**

Всего ЗЕТ - 3
Всего часов - 108

1. Цель и сроки проведения ГИА

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы (далее – ОПОП) требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, утверждённого приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1044.

Срок проведения ГИА – 2 курс.

ГИА проводится в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. № 227 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки”.
- Профессиональным стандартом «Врач сердечно-сосудистый хирург», утвержденным приказом № 554н Министерства труда и Социальной защиты Российской Федерации от 27 августа 2018 г.
- Основной профессиональной образовательной программой по направлению подготовки 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия, утвержденная Ученым советом университета.

2. Требования к обучающимся при допуске к ГИА

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной образовательной программе высшего образования

3. Виды государственных аттестационных испытаний

Государственная итоговая аттестация выпускников по образовательной программе высшего образования 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия проходит в форме госэкзамена.

Государственный экзамен проводится для оценивания результатов освоения ОПОП, разработанной в соответствии с ФГОС ВО 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия и определения уровня подготовленности выпускника к самостоятельному выполнению трудовых функций.

Трудоёмкость Госэкзамена составляет 3 з.е., проводится на 3 курсе.

Форма проведения Госэкзамена: устно

4. Структура аттестационных испытаний.

4.1. Структура государственного экзамена

На государственном экзамене выпускники должны продемонстрировать готовность к осуществлению следующих видов профессиональной деятельности:

1. Универсальные компетенции:

- УК-1 - готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;
- УК-2 - готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;
- УК-3 - готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образования

в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

2. Профессиональные компетенции:

- ПК-1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;
- ПК-3 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;
- ПК-4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;
- ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- ПК-6 - готовность к применению комплекса сердечно-сосудистых хирургических мероприятий;
- ПК-7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;
- ПК-8 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;
- ПК-9 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- ПК-10 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
- ПК-11 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
- ПК-12 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

Государственный экзамен включает в себя следующие этапы:

- тестовый контроль,
- оценка уровня освоения практических навыков
- собеседование.

Перечень дисциплин, определяющие содержание Госэкзамена

Этап проведения Госэкзамена*	Перечень дисциплин
Тестовый контроль	1. Ангиология

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Кардиохирургия 3. Интенсивная терапия 4. Токсикология
Оценка уровня освоения практических навыков	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ангиология 2. Кардиохирургия 3. Интенсивная терапия 4. Оперативная хирургия
Собеседование	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ангиология 2. Кардиохирургия 3. Интенсивная терапия 4. Оперативная хирургия

4.2. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Не позднее, чем за 30 календарных дней до дня проведения государственного аттестационного испытания Университет утверждает приказом ректора расписание, в котором указываются даты, время и место проведения защиты ВКР и консультации, и доводит расписание до сведения обучающихся, членов ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ГЭК, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Государственный экзамен проводится по утвержденной Университетом программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

***Первый этап Госэкзамена** - тестирование проводится в соответствии с расписанием в компьютерном классе. Каждому обучающемуся в порядке случайной выборки формируется комплект тестовых заданий, состоящий из 60 вопросов. Время проведения тестирования 60 мин. Обучающемуся запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

***Второй этап госэкзамена** - оценка уровня освоения практических навыков. Цель проведения второго этапа заключается в оценивании результатов освоения практическими навыками и умениями предусмотренными профессиональным стандартом «Врач анестезиолог-реаниматолог». Оценка практических навыков (умений) проводится в симулированных условиях, в том числе с использованием симуляционного оборудования и (или) привлечением

стандартизированных пациентов, проводится путем оценивания правильности и последовательности выполнения обучающимся не менее пяти практических заданий в виде станций объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ). Время прохождения аккредитуемым одной станции ОСКЭ не должно превышать 10 минут, включая время ознакомления с содержанием практического задания. Обучающийся получает карточку с индивидуальным маршрутом прохождения станций ОСКЭ. В маршруте указаны номера станций, последовательность их прохождения и 5 практических заданий.

***Третий этап госэкзамена** – собеседование. Цель проведения третьего этапа оценка теоретических знаний. Задания, предлагаемые на итоговом собеседовании раскладываются на рабочем месте экзаменатора-собеседника отдельными стопками по основным разделам дисциплины. Экзаменуемый в произвольном порядке выбирает три задания.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не

менее 40 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания.

В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ГИА проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

1. Материально-технические условия проведения экзамена обеспечивают возможность беспрепятственного доступа таких обучающихся, в аудитории, туалетные и иные помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория располагается на первом этаже; наличие специальных кресел и других приспособлений). При проведении экзамена присутствуют ассистенты, оказывающие указанным обучающимся, выпускникам прошлых лет необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных возможностей, помогающие им занять рабочее место, передвигаться, прочитать задание.
2. Указанные обучающиеся с учетом их индивидуальных возможностей пользуются в процессе сдачи экзамена необходимыми им техническими средствами.
3. Для слабослышащих обучающихся аудитории для проведения экзамена оборудуются звукоусиливающей аппаратурой как коллективного, так и индивидуального пользования.
4. Для слабовидящих обучающихся экзаменационные материалы копируются в увеличенном размере, в аудиториях для проведения экзаменов предусматривается наличие увеличительных устройств и индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс.
5. Для обучающихся с нарушением опорно-двигательного аппарата письменная экзаменационная работа может выполняться на компьютере со специализированным программным обеспечением.

Все локальные нормативные акты Университета по вопросам проведения ГИА доводятся до сведения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося инвалида или лица с ограниченными возможностями здоровья продолжительность выступления обучающегося при защите выпускной квалификационной работы может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи не более чем на 15 минут.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также

выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее 15 июля.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации

5.1 Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы

Этап экзамена	Коды компетенций
Оценка уровня освоения практических навыков	УК-2, , ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12

	испытывает затруднения с их выполнением, либо допускает неточности		
	в полном объеме воспроизводит на тренажере все практические навыки, умеет обосновывать цель и назначение их выполнения.	5	Отлично
Собеседование по клиническим задачам	отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, ситуационная задача не решена или решена не верно.	2	Неудовлетворительно
	если допущены отдельные ошибки при решении ситуационной задачи	3	Удовлетворительно
	в целом ситуационная задача решена, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок;	4	Хорошо
	полное безошибочное решение ситуационной задачи;	5	Отлично

5.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП

5.3.1. Вопросы и задания, выносимые на Госэкзамен

1. Как изменяется внутрисердечная и легочная гемодинамика при рождении ребенка?
2. Какие нарушения гемодинамики относятся к первичным и вторичным?
3. Какие этапы претерпевает в своём развитии легочная гипертензия?
4. Какие врожденные пороки сердца относятся к критическим?
5. Какие врожденные пороки сердца нуждаются в динамическом наблюдении кардиохирурга?
6. Какие ВПС относятся к порокам с увеличенным легочным кровотоком?
7. В чем заключается патогенез развития легочной гипертензии при ОАП?
8. Показания и сроки оперативного лечения при ОАП
9. Виды операций для ликвидации ОАП, возможные осложнения
10. Порядок диспансерного наблюдения больных после операции.
11. В чем разница динамики развития легочной гипертензии при ДМПП и ДМЖП?
- 14.
12. Какие объективные и специальные методы обследования необходимы при ВПС?
13. Показания и сроки оперативного лечения при ДМЖП
14. Виды операций для ликвидации ДМЖП, возможные осложнения
15. Показания и сроки оперативного лечения при ДМПП
16. Виды операций для ликвидации ДМПП, возможные осложнения
17. Основные анатомические структуры, составляющие тетраду Фалло;
18. Клинические формы тетрады Фалло;
19. Нарушения гемодинамики у пациентов с тетрадой Фалло;
20. Показания и сроки операций у пациентов с тетрадой Фалло;
21. Виды оперативных вмешательств при тетраде Фалло;
22. Классификация транспозиции магистральных сосудов;
23. Гемодинамические нарушения у пациентов с транспозицией магистральных сосудов;

24. Тактика лечения пациентов с транспозицией магистральных сосудов.
25. Этапность развития легочной гипертензии при клапанных пороках левых камер сердца;
26. Какие дополнительные методы исследования необходимы у пациентов с митральными и аортальными пороками сердца?
27. Показания к хирургическим методам коррекции клапанных пороков левых камер сердца?
28. Какие основные методики клапаносохраняющих операций применяются при хирургическом лечении пороков митрального, аортального и трикуспидального клапанов?
29. Классификация инфекционного эндокардита, показания к консервативному и оперативному лечению, сроки оперативного лечения;
30. Какие показания для имплантации биологических и механических клапанных протезов, положительные и отрицательные стороны этих протезов?
31. Тактика врача при пороках сердца и беременности;
32. Какие основные протезозависимые осложнения встречаются у пациентов в послеоперационном периоде и меры их предупреждения?
33. Этапность реабилитации, порядок диспансерного наблюдения пациентов после коррекции клапанных пороков сердца.
34. Факторы риска и патогенез ИБС;
35. Формы ИБС. Классификация стенокардии. Понятие острого коронарного синдрома;
36. Клиника, диагностика и дифференциальный диагноз различных форм ИБС; и противопоказания к коронарографии, методика ее выполнения и интерпретация данных коронарографии;
37. Выбор метода лечения в зависимости от формы ИБС и данных коронарографии;
38. Показания и противопоказания к эндоваскулярным методам лечения ИБС, их осложнения;
- 15
39. Показания и противопоказания к аортокоронарному шунтированию, методика выполнения, виды используемых кондуитов и условия выполнения операции коронарного шунтирования;
40. Отдаленные результаты эндоваскулярных и хирургических методов лечения ИБС;
41. Алгоритм ведения, экспертиза трудоспособности и прогноз после эндоваскулярного и хирургического лечения ИБС.
42. Что следует понимать под термином «коарктация аорты»?
43. Каковы общие принципы нарушений гемодинамики при КоА?
44. Каковы механизмы развития синдрома повышенного артериального давления при КоА?
45. С какими другими ВПС наиболее часто сочетается КоА?
46. Какие методы диагностики наиболее информативны для выявления КоА?
47. Показания и оптимальные сроки для хирургического лечения КоА?
48. Какие виды хирургической коррекции КоА используются в настоящее время?
49. Реабилитация и диспансерное наблюдение после хирургического лечения КоА?
50. Врожденные пороки артериальных сосудов (коарктация аорты, врожденная извитость дуги аорты).
51. Пороки развития периферических вен (флебэктазия, синдром Клиппеля-Треноне, врожденные венозные аневризмы и артериовенозные свищи).

52. Травмы сосудов (ранение артерий, повреждение магистральных вен). Частота, этиология, патогенез, патофизиология, диагноз, лечение Основные понятия (тромбоз, эмболия). Причины, патогенез, дифференциальная диагностика, основные методы лечения.
53. Классификация острой ишемии по степени.
54. Эмболия бифуркации аорты и артерий нижних конечностей.
55. Острые окклюзионные поражения сонных артерий.
56. Острая окклюзия брыжеечных артерий.
57. Острая окклюзия почечных артерий.
58. Основные причины хронических облитерирующих заболеваний (атеросклероз, неспецифический аортоартериит, облитерирующий эндартериит, сахарный диабет, системные васкулиты). Распространенность, факторы риска, патогенез, дифференциальная диагностика, основные принципы лечения.
59. Синдром атипичной коарктации аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
60. Хроническая ишемия головного мозга и верхних конечностей (синдром Такаюсу).
61. Синдром компрессии сосудисто-нервного пучка при выходе его из грудной клетки (скаленус-синдром, косто-клавикулярный синдром, гиперабдукционный синдром).
62. Хроническая ишемия нижних конечностей. Стадии ишемии (по Покровскому-Фонтейну). Синдром Лериша.
63. Вазоренальная гипертензия.
- 16
64. Хроническая ишемия органов пищеварения (*angina abdominalis*).
65. Определение аневризмы, классификация аневризм по виду, этиологии и строению стенки. Принципы диагностики.
66. Аневризмы грудной аорты (восходящей аорты, дуги, нисходящей грудной аорты).
67. Аневризмы брюшной аорты.
68. Торакоабдоминальные аневризмы.
69. Расслаивающие аневризмы аорты.
70. Аневризмы периферических артерий.
71. Основные методы хирургического лечения аневризм.
72. Анатомическое строение венозной системы нижних конечностей.
73. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Клиника, классификация варикозной болезни и хронической венозной недостаточности (Российская, международная).
74. Методы диагностики: оценка клапанного аппарата и коммуникантных вен, функциональные пробы, инструментальная, диагностика. Дифференциальная диагностика.
75. Неоперативные методы лечения: лекарственная терапия, компрессионная терапия, склеротерапия. Показания и противопоказания, методики.
76. Современные методы оперативного лечения (кроссэктомия, операция Бэбкока, минифлебэктомия, операции при несостоятельности перфорантных вен). Показания, осложнения, ведение послеоперационного периода. Причины рецидивов после оперативного лечения.
77. Определение понятий тромбофлебита и флеботромбоза. Этиология, патогенез, диагностика. Дифференциальная диагностика. Профилактика.
78. Тромбозы в системе нижней полой вены: Острый тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей, Тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

79. Тромбозы в системе верхней полой вены: Тромбоз подкожных вен верхних конечностей, Тромбоз подключичной вены (синдром Педжета-Шреттера).

80. Тромбоэмболия легочной артерии. Распространенность, этиология, факторы и группы риска. Классификация, клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Антикоагулянтная и тромболитическая терапия, показания и противопоказания, препараты, дозы, способы введения. Методы профилактики, показания и противопоказания к имплантации кава-фильтра.

5.3.2. Примеры тестовых заданий

1. Какое заболевание составляет в структуре заболеваемости наибольший удельный вес
2. Что является показателем средней продолжительности пребывания больного на койке
3. Что влияет на среднюю продолжительность пребывания больного на койке
4. Какие показатели относятся к качественным показателям деятельности стационара
5. Дать определение понятия долг врача и среднего медицинского персонала, который
6. Чем определяются этические нормы врача
7. В каких лечебных учреждениях организуется отделение (группа) сердечно-сосудистой хирургии.
8. В каких больницах организуются палаты для сердечно-сосудистой хирургии.
9. При каких условиях в городских больницах организуются палаты сердечно-сосудистой хирургии.
10. При каких условиях в центральных районных больницах организуются палаты реанимации и интенсивной терапии.
11. В лечебно-профилактическом учреждении имеется хирургическое отделение для взрослых на 75 коек. Сколько должностей врачей сердечно-сосудистых хирургов должно быть выделено для этой больницы?
12. В составе лечебно-профилактического учреждения имеется туберкулезное легочно-хирургическое отделение на 50 коек. Сколько должностей сердечно-сосудистых хирургов должно быть в этом отделении?
13. В составе лечебно-профилактического учреждения имеется ожоговое отделение на 100 коек. Сколько должностей врачей сердечно-сосудистых хирургов должно быть в этом отделении?
14. В небольшом городе суммарная мощность отделений хирургического профиля для взрослых не превышает 70 коек. Сколько должностей врачей сердечно-сосудистых хирургов может получить одна из больниц?
15. В центральной районной больнице суммарная мощность хирургических коек составляет 55. Сколько должностей сердечно-сосудистых хирургов предусмотрено штатными нормативами?
16. Сколько должностей сердечно-сосудистых хирургов предусмотрено в детской больнице в хирургических отделениях на 80 коек
17. В детской больнице имеется 160 коек хирургического профиля, 160 коек офтальмологического и оториноларингологического профиля. Сколько должностей сердечно-сосудистых хирургов вместе с заведующим отделением предусмотрено для обеспечения круглосуточной анестезиологической помощи?
18. В стоматологической поликлинике имеется 7 должностей врачей- стоматологов и 13 должностей зубных врачей. Сколько предусмотрено должностей сердечно-сосудистых хирургов для этой поликлиники?
19. Сколько коек выделяется в реанимационных отделениях центральных районных больниц на 200 и более коек для оказания сердечно-сосудистой помощи детям
20. Правила создания палат для сердечно-сосудистой терапии в детских городских больницах
21. Кто определяет показания к госпитализации в отделение сердечно-сосудистой хирургии

22. Длительность наблюдения за состоянием больных в посленаркозном периоде осуществляемого сердечно-сосудистых хирургом.
23. Штат врачей сердечно-сосудистых хирургов городского родильного дома на 130 коек
24. Сколько должностей врачей сердечно-сосудистых хирургов должно быть на 11 сердечно-сосудистых хирургов коек?
25. Сколько должностей врачей сердечно-сосудистых хирургов должно быть на 12 сердечно-сосудистых коек?
26. Сколько должностей врачей-лаборантов устанавливается для обеспечения работы отделения сердечно-сосудистых хирургов на 12 коек?
27. При каком минимальном штатном количестве врачей сердечно-сосудистых хирургов устанавливается должность заведующего?
28. Каким станет штат врачей сердечно-сосудистых хирургов после назначения в отделение должности заведующего, если в отделении работает 13 врачей?
29. Сколько должностей среднего медицинского персонала, включая и должность старшей медицинской сестры, предусмотрено для хирургического отделения на 150 коек и палат хирургии на 6 коек?
30. Минимальная полезная площадь на 1 койку в палатах хирургии, предусмотренная действующими строительными нормами и правилами (СНиП)
31. Сколько ставок необходимо для обеспечения круглосуточной работы врача сердечно-сосудистого хирурга
32. Должность медицинской сестры-анестезиста
33. Из какого расчета устанавливаются должности медицинских сестер для обеспечения работы палат сердечно-сосудистой терапии устанавливаются на 1 круглосуточный пост
34. Из какого расчета устанавливаются должности санитарок в отделении хирургии
35. Допустимо ли установление должностей медицинского персонала в отделении сердечно-сосудистой хирургии сверх штатных нормативов
36. Функциональные обязанности медперсонала отделения сердечно-сосудистой хирургии в соответствии с основными задачами
37. Профиль койки палат сердечно-сосудистой хирургии считаются
38. Из какого расчета отделение сердечно-сосудистой хирургии должно быть обеспечено медикаментами, трансфузионными средствами
39. Из какого расчета устанавливаются должности врачей сердечно-сосудистых хирургов
40. Что должен учесть врач сердечно-сосудистых хирургов при назначении вида обезболивания
41. Кто решат вопрос о переводе больных из отделения сердечно-сосудистых хирургов в профильное отделение
42. Когда возможна аттестация врача сердечно-сосудистого хирурга на присвоение первой квалификационной категории
43. Когда возможна аттестация врача сердечно-сосудистого хирурга на присвоение высшей квалификационной категории
44. Когда врач не имеет права сдавать сертификационный экзамен по сердечно-сосудистой хирургии
45. Кто выдает разрешение на занятие частной медицинской практикой?
46. Что такое медицинское страхование?
47. Где может получить медицинскую помощь гражданин, имеющий страховой полис ОМС
48. Что представляет собой лицензирование медучреждения
49. Какой документ выдается медучреждению после успешного прохождения аккредитации?
50. Кому может быть установлено испытание при приеме на работу (при заключении контракта)?
51. Какие нарушения трудовой дисциплины работником не дают право администрации

- сразу расторгнуть трудовой договор (контракт)
52. Кто не допускается к работе в ночное время?
 53. Кому может устанавливаться неполный рабочий день (неполная рабочая неделя) с оплатой труда пропорционально отработанному времени?
 54. Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям?
 55. Кто несет ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи?
 56. Когда не допускается увольнение работника по инициативе администрации?
 57. Где расположена гортань
 58. При интубации трахеи трубкой Карленса где должен находиться ее дистальный конец?
 59. Что наблюдается при двустороннем пересечении возвратного нерва?
 60. Где расположен уровень бифуркации трахеи у взрослого мужчины?
 61. Каково расстояние от резцов до голосовой щели у взрослого мужчины?
 62. Каково расстояние от резцов до бифуркации трахеи у взрослого мужчины?
 63. Длина трахеи у взрослого человека составляет:
 64. Если интубационную трубку ввели на глубину 28 см, то ее дистальный конец предположительно будет расположен:
 65. Рвотный центр располагается:
 66. Длина правого бронха у взрослого составляет:
 67. Длина левого бронха у взрослого составляет:
 68. Сколько в каждом легком имеется сегментов?
 69. За счет каких артерий осуществляется кровоснабжение легочной ткани
 70. Какими нервами осуществляется иннервация легких
 72. На раздражение блуждающего нерва как реагирует гладкая мускулатура бронхов?
 73. Что включают в себя ветви наружной сонной артерии?
 74. Где отходит левая подключичная артерия?
 75. Где расположены подключичные вены?
 76. На каком уровне грудной лимфатический проток впадает в левую яремную вену
 82. При блокаде плечевого сплетения надключичным доступом возможны осложнения:
 83. Правила при выполнении блокады плечевого сплетения из подмышечного доступа
 85. Какие симптомы, возникающие при блокаде звездчатого ганглия, относятся к синдрому Горнера?
 86. Где спинной мозг имеет два утолщения?
 87. Игла, направленная в спинномозговое пространство, должна проходить через следующие анатомические образования:
 88. Где находится эпидуральное пространство
 89. Что образует плечевое сплетение
 90. Что следует считать опознавательными ориентирами при блокаде плечевого сплетения:
 91. После травмы предплечья у больного отмечено "отвисание кисти". Повреждение какого нерва является этому причиной
 92. Где эпидуральное пространство имеет наибольшие размеры
 93. Что является ориентиром для пункции подключичной вены надключичным доступом
 94. Что являются основными этапами пункции подключичной
 95. Осложнениями при пункции левой подключичной вены могут быть:
 96. Где вводят иглу при пункции бедренной вены
 97. Из каких точек можно проводить пункцию подключичной вены
 98. Катетеризацию подключичной вены лучше производить справа, так как при пункции слева имеется дополнительная опасность. Какая?
 99. Что относят к осложнениям при пункции и катетеризации внутренней яремной вены

100. Точкой для пункции сердца является:

Полный комплект тестовых заданий размещен в электронной информационно-образовательной среде университета.

5.3.3. Ситуационные (клинические) задачи

Коды компетенций	Формулировка задания
ПК-1, ПК-5, ПК-6	<p>Б. 53 лет, страдает стенокардией напряжения. На коронарограммах сегментарный стеноз (около 70% просвета) передней межжелудочковой артерии. Пациент может работать, но 2-3 раза в день возникают боли в сердце. Ваша тактика:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Настаивать на изменении характера работыб) Усиливать медикаментозную терапиюв) Рекомендовать санаторное лечениег) Рекомендовать оперативное лечение сейчас
	<p>М. 16 лет. В течении двух лет обратил внимание на повышение артериального давления. Наблюдается у ревматолога в связи с наличием шума в сердце. При осмотре: хорошо развит плечевой пояс. По левому краю грудины выслушивается слабый систолический шум, проводящийся в межлопаточное пространство. АД на руках 160/100 мм.рт.ст. На ЭКГ – гипертрофия левого желудочка. На бедренных артериях пульс не определяется.</p> <ul style="list-style-type: none">1. Диагноз ?2. Тактика?
ПК-1, ПК-5, ПК-6	<p>В. 6 лет. Жалоб нет. В 4-летнем возрасте обнаружен шум в области сердца. Растет здоровой. В развитии от сверстников не отстает. При аускультации сердца определяется непрерывный систоло-диастолический шум во 2-м межреберье слева от грудины. Акцент 2-го тона на легочной артерии.</p> <ul style="list-style-type: none">1. Диагноз?2. Тактика?
ПК-1, ПК-5, ПК-6	<p>На консультацию обратилась женщина 32 лет с первой беременностью сроком 10 недель. Состоит на диспансерном учете у ревматолога по поводу митрального стеноза в течение 5 лет. По УЗИ стеноз до 0,8 см в диаметре. От оперативного лечения отказывалась. Месяц назад возникла мерцательная аритмия.</p> <p>Ваши рекомендации?</p>
ПК-1, ПК-5, ПК-6	<p>Пациент дважды лечился в хирургическом отделении по поводу гнойного перикарда. В последнее время преобладают признаки нарастания сердечной недостаточности. Выраженный цианоз, отеки на ногах, асцит. Печень увеличена, плотная. При осмотре заметно систолическое втягивание межреберного пространства в 19 области верхушки сердца, характерна несмещаемость сердца при перемене положения больного. Шумов над областью сердца нет. Проводимые консервативные мероприятия успехов не имеют. Ваш диагноз:</p> <ul style="list-style-type: none">а) ИБС, хроническая сердечно-легочная недостаточностьб) Сухой перикардитв) Цирроз печениг) Слипчивый перикардитд) Экссудативный перикардит

Полный комплект ситуационных заданий размещен в электронной информационно-образовательной среде университета.

5.3.4.Перечень практических навыков

Коды компетенций	Формулировка задания
ПК-2, ПК-5	Демонстрация навыков обследования пациента при состояниях, угрожающих жизни, незамедлительной диагностики остановки сердечной деятельности и выполнения алгоритма расширенной сердечно-легочной реанимации взрослому при различных вариантах остановки кровообращения в стационарных условиях.
ПК-1, ПК-6	Демонстрация аккредитуемым лицом навыка диагностики и устранения жизнеугрожающих осложнений во время общей анестезии.
ПК-2	Демонстрация аккредитуемым лицом алгоритма осмотра пациента перед операцией с заполнением соответствующей документации.
ПК-7	Демонстрация аккредитуемым лицом различных методов обеспечения проходимости верхних дыхательных путей.
ПК-7	Демонстрация аккредитуемым лицом методики выполнения пункции и катетеризации правой подключичной вены.

5.4. Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Первый этап Госэкзамена - тестирование проводится в соответствии с расписанием в компьютерном классе. Каждому обучающемуся в порядке случайной выборки формируется комплект тестовых заданий, состоящий из 60 вопросов. Время проведения тестирования 60. Обучающемуся запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

Второй этап госэкзамена - оценка уровня освоения практических навыков. Цель проведения второго этапа заключается в оценивании результатов освоения практическими навыками и умениями предусмотренными профессиональным стандартом «Врач анестезиолог-реаниматолог». Оценка практических навыков (умений) проводится в симулированных условиях, в том числе с использованием симуляционного оборудования и (или) привлечением

стандартизированных пациентов, проводится путем оценивания правильности и последовательности выполнения обучающимся не менее пяти практических заданий в виде станций объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ). Время прохождения аккредитуемым одной станции ОСКЭ не должно превышать 10 минут, включая время ознакомления с содержанием практического задания. Обучающийся получает карточку с индивидуальным маршрутом прохождения станций ОСКЭ. В маршруте указаны номера станций, последовательность их прохождения и 5 практических заданий.

Третий этап госэкзамена – собеседование. Цель проведения третьего этапа оценка теоретических знаний. Задания, предлагаемые на итоговом собеседовании раскладываются на рабочем месте экзаменатора-собеседника отдельными стопками по основным разделам дисциплины. Экзаменуемый в произвольном порядке выбирает три задания.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 40 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания.

В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться

техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещённых технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

6. Список рекомендуемой литературы

Основная:

1. Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия – 2016. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова. – М.: изд – во НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2017. – 118 с.
2. Рентгеноэндоваскулярные методы диагностики и лечения. //под ред. Э. М. Идова. Екатеринбург, Издательский Дом «Тираж», 2015. - 287 с.
3. Желтовский Ю.В. Общие принципы сердечно-сосудистой хирургии (пособие для врачей). Иркутск, РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2016. - 47 с.
4. Рентгеноэндоваскулярные методы лечения приобретенных пороков сердца: методические рекомендации / Ю.В. Желтовский. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО - 2016. – 41 с.
5. Рентгеноэндоваскулярные методы лечения врожденных пороков сердца: учебное пособие / Ю.В. Желтовский. – Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО-2017. – 76 с.
6. Желтовский Ю.В. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца (пособие для врачей). Иркутск, РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2015. - 63 с.
7. Желтовский Ю.В. Диагностика и лечение врожденных пороков сердца (пособие для врачей). Иркутск, РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2015. - 59 с.
8. Желтовский Ю.В. Нарушения ритма сердца. Изд-во ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012.

Дополнительная

1. Сердечно - сосудистая хирургия. Руководство под редакцией В.И. Бураковского. Москва, 1989 г. 752 с.
2. История сердечно-сосудистой хирургии. Под редакцией Л.А.Бокерия. Москва, 1998 г.
23
3. Лекции по сердечно – сосудистой хирургии под редакцией Л.А. Бокерия. 2-тома (1 -й 348с, иллюстр., 2-й 194 с, иллюстр.) Изд. НЦССХ им А.Н. Бакулева РАМН Москва, 1999г.
4. Диагностика и лечение больных с заболеваниями периферических артерий. Российские рекомендации. Москва, 2007.
5. Интервенционная радиология/ Учебное пособие под ред. Л.С. Конова М. ГЭОТАР-Медиа, 2008 г. 192 с.:ил.
6. Руководство по рентгеноэндоваскулярной хирургии сердца и сосудов/ под ред. Л.А. Бокерия, Б.Г. Алеяна. Том 1. Рентгеноэндоваскулярная хирургия заболеваний сосудов/ под ред. Л.А. Бокерия, Б.Г. Алеяна. М.Анри.М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008г. 598 с. Цв. иллюстр.
7. Хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов (Методическое пособие для врачей, курсантов системы послевузовского образования, студентов) под ред. Э. М. Идова, Екатеринбург, Издательский Дом «Тираж», 2008. – 264 с.
8. Практическое руководство по сердечно – сосудистой хирургии //под ред. Л. А.Бокерия, Э. М. Идова, Екатеринбург, Издательский Дом «Тираж», 2010.553 с.
9. Лекции по сердечно – сосудистой хирургии // под ред. Л. А. Бокерия, изд – во НЦ ССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2013, 763 с.
10. Гавриленко А.В., Косенков А.Н. Диагностика и хирургическое лечение хронической абдоминальной ишемии. Москва, 2000 г.

11. Джонсон П. Периферическое кровообращение . - М . , Медицина . - 1982 . - 440 с.
12. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники/. – Ю. В. Белов М.: ДеНо-во, 2000. – 448 с.
13. Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Киреенко А.И. Массивная эмболия легочных артерий . – М . , Медицина . - 1990 . - 336 с.
14. Внутрисосудистые методы исследования в интервенционной кардиологии./ В.А. Иванов, М.Ю. Мовсесянц, И.В. Трунич. М.ИД «Медпрактика»-М. 2008г. 212 с.\
15. Диагностика и лечение больных с заболеваниями периферических артерий. Российские рекомендации. Москва, 2007. Москва «ГЭОТАР-Медиа»- 2007.- 624 с.
16. Лимфедема. Учебное пособие. // В.В. Чернявский. Иркутск. Изд-во ИГИУВа, 2009. ГБОУ ДПО ИГМАПО, 29.

6.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" необходимых для освоения дисциплины

1. Сайт кафедры анестезиологии реанимации и СМП СтГМУ - anestfpdo@stgmu.ru
2. Сайт библиотеки СтГМУ - zavlib@stgmu.ru;
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ): <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>. Свободный доступ
4. Научная электронная библиотека «КиберЛенинка»: <http://cyberleninka.ru/>. Свободный доступ
5. Электронная библиотека РФФИ: <http://www.rfbr.ru> Свободный доступ
6. Электронная библиотека учебников: <http://studentam.net>. Свободный доступ
7. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 919н Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9128>. Свободный доступ.
8. Стандарты специализированной медицинской помощи: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoj-pomoschi>. Свободный доступ
9. Клинические рекомендации МЗ РФ: <https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/>. Свободный доступ.