

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра общей хирургии

Рабочая программа дисциплины

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

для обучающихся III, IV курсов,

направление подготовки (специальность)

31.05.03 Стоматология

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	еди-	6 з.е. / 216 ч.
в том числе:		
контактная работа		108 ч.
самостоятельная работа		108 ч.
Промежуточная форма/семестр	аттестация,	экзамен / 7 семестр

Тверь, 2024

Разработчики:

д.м.н., профессор кафедры общей хирургии Сергеев Николай Александрович

Внешняя рецензия дана: зам. главного врача по хирургии ГБУЗ ТО «Клиническая больница скорой медицинской помощи» к.м.н. Ю.В. Павловым.

Рабочая программа рассмотрена на заседании кафедры общей хирургии 13 марта 2024 г. (протокол № 5).

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета «04» мая 2024 г. (протокол № 4).

Рабочая программа рекомендована к утверждению на заседании центрального координационно-методического совета «10» июня 2024 г. (протокол № 9).

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12 августа 2020 г. № 984, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся общепрофессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

медицинская деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- диагностика неотложных состояний;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

организационно-управленческая деятельность:

- ведение медицинской документации;
- организация проведения медицинских осмотров;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

научно-исследовательская деятельность:

- анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участие в проведении статистического анализа и публичное представление полученных результатов;
- участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения –Индикаторы достижения компетенций	В результате изучения дисциплины обучающийся должен:
ОПК – 5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК – 5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных исследований для оценки состояния здоровья;	Знать: - методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых (их законных представителей); - методику осмотра и физикального обследования; - клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья;

	<p>ракторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p> <p>ИОПК – 5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и</p>	<ul style="list-style-type: none"> - медицинские показания к проведению исследований; - правила интерпретации их результатов; - международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); - состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов; - применять методы осмотра и физикального обследования пациентов; - интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования пациентов; - диагностировать наиболее распространенную патологию; - составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у пациентов в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сбора жалоб, анамнеза жизни и заболеваний у пациентов; - осмотра и физикального обследования пациентов; - диагностики наиболее распространенных заболеваний у пациентов; - постановки предварительного диагноза в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых (их законных представителей); - методику осмотра и физикального обследования пациентов; - факторы риска и причины развития заболеваний; - правила интерпретации результатов осмотра и физикального обследования пациентов;
--	--	--

	<p>дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>	<p>- состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявлять факторы риска и причины развития заболеваний; - выявлять факторы риска онкологических заболеваний; - проводить дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов; - интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; - интерпретировать и анализировать результаты консультаций пациентов врачами-специалистами; - распознавать состояния, возникающие при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявления факторов риска и причин развития заболеваний; - выявления факторов риска основных онкологических заболеваний; - составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов; - направление пациентов на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов; - распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме.
--	---	---

<p>ОПК – 6. Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности медикаментозного и немедикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ИОПК – 6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний</p> <p>ИОПК – 6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">- методы медикаментозного и немедикаментозного лечения;- показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">- применять методы медикаментозного и немедикаментозного лечения. <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none">- разработки плана лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи;- подбора и назначения немедикаментозного лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none">- группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний;- механизм действия лекарственных препаратов, медицинские показания и противопоказания к назначению. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none">- разрабатывать план лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none">- подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий для лечения наиболее распространенных заболеваний у пациентов в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;- оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состоя-
--	---	--

	<p>ИОПК – 6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины</p> <p>ИОПК – 6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма</p>	<p>ниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.</p> <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные при применении лекарственных препаратов. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения. <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий, немедикаментозного лечения. <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах. <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения. <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам с наиболее распространенными заболеваниями, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи;
--	---	--

		<p>- оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у пациентов с наиболее распространенными заболеваниями;</p> <p>- применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме.</p>
--	--	---

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Общая хирургия, хирургические болезни» входит в обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета. Содержательно она закладывает основы знаний и практических умений в работе с пациентами взрослого возраста.

Данная дисциплина – это этап изучения основных принципов хирургии, синдромов и заболеваний хирургического профиля в соответствии с принципом их распределения по органной патологии, основ диагностики неотложных состояний и принципов оказания первой помощи. За время обучения студенты должны ознакомиться с методами клинического обследования хирургического больного, диагностическими возможностями лабораторных и инструментальных методов обследования хирургических больных, основными этапами лечения пациентов с наиболее распространенными хирургическими заболеваниями и деятельностью медперсонала на этапах лечения хирургических больных.

Дисциплина «Общая хирургия, хирургические болезни» непосредственно связана со следующими дисциплинами и модулями: биология; анатомия; биохимия; микробиология, иммунология; нормальная физиология; патофизиология; фармакология; патологическая анатомия; оперативная хирургия и топографическая анатомия. Данные разделы должны сформировать у обучающегося совокупность компетенций (знаний и умений), необходимых для глубокого понимания вопросов этиологии, патогенеза, принципов лечения заболеваний и оказания первой помощи.

Преподавание данной дисциплины связано с другими дисциплинами и модулями базовой части цикла дисциплин ОПОП и основано на современных классификациях, представлениях об этиологии, методах диагностики, профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины. В процессе изучения дисциплины «Общая хирургия, хирургические болезни» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача по специальности «Стоматология».

Приступая к изучению дисциплины, обучающийся должен знать анатомо-физиологические свойства организма, нормальные показатели функций систем органов, патофизиологические процессы в организме.

Перечень дисциплин и модулей, усвоение которых необходимо для изучения дисциплины «Общая хирургия, хирургические болезни»:

- Медицинская биология и генетика
Разделы: паразитология, биология развития, регенерация, наследственность.
- Анатомия человека-анатомия головы и шеи
Разделы: анатомия органов и систем, анатомия клетчаточных пространств.
- Биологическая химия-биохимия полости рта
Разделы: обмен веществ, биохимия питания, энергетический обмен, биохимия крови.
- Микробиология, вирусология
Разделы: понятие об инфекционном процессе, возбудители инфекционных заболеваний, приобретённый иммунитет.

- Нормальная физиология-физиология челюстно-лицевой области
Разделы: физиология систем органов, обмен веществ и энергии, терморегуляция, физиология крови, парабиоз.
- Патофизиология-патофизиология головы и шеи
Разделы: патофизиологические особенности метаболизма, воспаление, патофизиология гемостаза и систем органов, шок.
- Фармакология
Разделы: классификация лекарственных средств, антибактериальные препараты, препараты для наркоза, гемостатики.
- Патологическая анатомия-патологическая анатомия головы и шеи
Разделы: воспаление, некрозы, регенерация, врожденные пороки развития.
- Топографическая анатомия и оперативная хирургия
Разделы: топография шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки, живота, таза, конечностей; операции на шее, органах грудной клетки и брюшной полости, передней брюшной стенке и конечностях.

Перечень учебных и производственных практик, прохождение которых необходимо для изучения общей хирургии:

- Учебная ознакомительная практика «Уход за больными»
Санитарная обработка, кормление, сбор биологического материала, предстерилизационная подготовка, смена белья.
- Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала
Разделы: умение выполнять манипуляции по уходу за больными, умение выполнять манипуляции палатной и процедурной медицинской сестры, умение обследовать больных с наиболее частыми хирургическими заболеваниями (оценивать данные осмотра и опроса больного, составлять план обследования, формулировать предварительный диагноз).

4. Объем дисциплины составляет 6 зачетных единиц – 216 академических часов, в том числе 108 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, 72 часа самостоятельной работы и 36 часов самостоятельной работы обучающихся для подготовки к экзамену.

5. Образовательные технологии

В процессе преподавания дисциплины используются различные образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций.

При проведении аудиторной работы используются традиционная лекция, разбор клинических случаев, ролевая учебная игра, активизация творческой деятельности, участие в научно-практических конференциях.

При выполнении самостоятельной работы используются следующие варианты: подготовка к клиническим практическим занятиям; работа в компьютерном классе университета и библиотеке (в том числе электронной). Наряду с этим, предусматривается учебно-исследовательская работа и подготовка рефератов.

Клинические практические занятия проводятся на базе хирургических отделений (№1 и №2) ГБУЗ «КБ СМП» г. Твери и хирургического отделения ГБУЗ «Калининская ЦРКБ» Тверской области.

6. Формы промежуточной аттестации

По итогам освоения дисциплины «Общая хирургия, хирургические болезни» в VII семестре проводится трехэтапный курсовой экзамен.

II. Учебная программа дисциплины

Модуль 1. Общая хирургия

Содержание лекций

Тема 1. Асептика и антисептика (2 часа)

Исторический экскурс. Определение антисептики. Виды антисептики (механическая, физическая, химическая, биологическая, смешанная; местная – поверхностная и глубокая, регионарная, общая). Антисептические средства (13 классов химических соединений). Определение асептики. Составные части асептики, их характеристика (стерилизация инструментов, материалов и приборов; специальная обработка рук хирурга; соблюдение особых правил и приемов работы при производстве операций и исследований; осуществление санитарно-гигиенических и организационных мероприятий в лечебных учреждениях). Источники хирургической инфекции. Профилактика воздушной, капельной, контактной и имплантационной инфекции.

Тема 2. Раны (2 часа)

Определение. Классификация. Течение раневого процесса. Способы заживления ран (заживление по типу первичного натяжения, заживление по типу вторичного натяжения, заживление под струпом). Стадийность раневого процесса (И.Г. Руфанов, 1954). Лечение ран. Принципы оказания первой помощи при ранениях. Первичная хирургическая обработка ран. Гнойные раны. Лечение гнойных ран.

Тема 3. Кровотечение. Переливание крови и кровезаменителей. (2 часа)

Определение. Классификация. Клиническая картина. Методы временной и окончательной остановки кровотечения. Врачебная тактика при кровотечении. Профилактика вторичных кровотечений.

Место трансфузионной терапии в современной хирургии и медицине. Организация службы крови и донорства в России. Переливание крови. Группа крови по системе АВ0, резус-фактор, способы определения группы крови и резус-фактора. Современные правила переливания крови. Пробы на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента. Биологическая проба. Основные компоненты крови. Методы переливания крови, ее компонентов и препаратов (показания, техника). Классификация растворов для инфузионной терапии. Осложнения при переливании крови и кровезаменителей.

Тема 4. Общие вопросы анестезиологии (2 часа)

Операционный стресс (понятие). Теории наркоза. Виды наркоза. Ингаляционный наркоз. Основные вещества, применяемые для наркоза. Аппаратура для наркоза. Стадии наркоза. Комбинированный интубационный наркоз. Осложнения наркоза. Местная анестезия (показания и противопоказания). Медикаменты для местной анестезии. Способы местной анестезии. Инфильтрационная анестезия по А.В. Вишневскому. Новокаиновые блокады. Осложнения местной анестезии, их профилактика.

Тема 5. Общие вопросы травматологии. Переломы и вывихи. (2 часа)

Понятие о травме. Классификация травм. Организация травматологической помощи. Переломы. Определение. Классификация. Заживление переломов. Клиническая картина (абсолютные признаки). Рентгенологическая диагностика. Принципы лечения переломов (первая медицинская помощь, репозиция, иммобилизация, скелетное вытяжение, оперативное лечение). Вывихи. Определение. Классификация. Клиническая картина. Рентгенологическая диагностика. Лечение вывихов.

Содержание клинических практических занятий

Тема 1. Методика обследования хирургического больного

Стерилизация инструментов, шовного и перевязочного материала (5 часов)

Общеклинические методы обследования. Выявление жалоб. Сбор анамнеза. Осмотр. Пальпация. Перкуссия. Аускультация. Изучение местного статуса. Лабораторные, рентгенологические, инструментальные, ультразвуковые, эндоскопические и прочие методы исследования. Построение диагноза.

Физические методы стерилизации. Термические способы стерилизации. Устройство и принцип работы парового (автоклав) и сухожарового стерилизаторов. Лучевая стерилизация. Химические методы стерилизации (газовая стерилизация, стерилизация растворами антисептиков). Контроль эффективности стерилизации. Стерилизация хирургических инструментов (предстерилизационная подготовка и собственно стерилизация). Стерилизация шовного материала (лучевая стерилизация). Стерилизация перевязочного материала (укладка в биксы, автоклавирувание).

Тема 2. Обработка рук хирурга. Подготовка операционного поля.

Пред- и послеоперационный периоды. Операция. (5 часов)

Обработка (мытьё) рук хирурга перед операцией. Классический способ обработки рук по Спасокукоцкому-Кочергину. Современные методы обработки рук хирурга (предварительное гигиеническое мытьё рук с мылом или с помощью жидких моющих средств, воздействие антисептических средств: первомуром, хлоргексидином, дегмином /дегмицидом/, церигелем, АХД, евросептом).

Облачение операционной сестры и хирургов в стерильную одежду. Правила работы в условиях строгой асептики.

Подготовка и обработка операционного поля. Предварительная подготовка (гигиеническое мытьё, смена белья, сбривание волосяного покрова). Обработка операционного поля на операционном столе химическими антисептиками (органические йодсодержащие препараты, хлоргексидин, первомур).

Обследование больного перед операцией. Показания к операции (абсолютные, относительные). Противопоказания. Определение срочности операции. Оценка операционного риска. Предоперационная подготовка.

Понятие о хирургической операции. Определение. Виды операций. Распределение обязанностей между участниками операции. Основные этапы операции. Хирургический прием. Контроль за состоянием больного во время операции.

Послеоперационный период. Особенности течения и осложнения раннего послеоперационного периода. Лечение больного в палате интенсивной терапии. Наблюдение за общим состоянием пациента и областью хирургического вмешательства. Лабораторный, рентгенологический и инструментальный контроль. Реабилитация больных после хирургического лечения.

Тема 3. Местное и общее обезболивание (5 часов)

Виды местного обезболивания. Показания и противопоказания. Местные анестетики. Терминальная, инфильтрационная, проводниковая, эпидуральная и спинномозговая анестезия. Новокаиновые блокады. Осложнения местной анестезии.

Теории наркоза. Стадии наркоза. Показания и противопоказания. Ингаляционный наркоз. Препараты и аппаратура для ингаляционного наркоза. Дыхательные контуры. Комбинированный интубационный наркоз. Внутривенный наркоз и нейролептаналгезия (основные препараты). Осложнения наркоза. Аппаратура и средства для реанимации.

Тема 4. Мягкие повязки. Транспортная иммобилизация. Жесткие повязки. (5 часов) (поликлиника)

Десмургия. Перевязочный материал. Виды повязок. Мягкие повязки (бинтовые, косыночные). Техника наложения мягких повязок на различные части тела. Перевязки.

Транспортная иммобилизация. Показания и правила применения. Средства транспортной иммобилизации (табельные шины, подручные средства). Техника наложения стандартных (табельных) шин.

Гипсовые (жесткие) повязки, их разновидности. Подготовка и замачивание гипсовых бинтов и лонгет. Техника наложения и снятия гипсовых повязок. Инструменты для снятия циркулярных гипсовых повязок.

Тема 5. Кровотечение. Определение групп крови и резус-фактора.

Переливание крови и кровезаменителей (5 часов)

Определение. Классификация кровотечений. Изменения в организме при острой кровопотере. Геморрагический шок. Оценка объема кровопотери. Клиническая картина и диагностика. Методы временной остановки кровотечения (техника). Окончательная остановка кровотечения.

Группы крови по системе АВ0 и система резус-фактора. Оснащение, предназначенное для определения группы крови и резус-фактора. Техника определения группы крови и резус-фактора. Возможные ошибки и их предупреждение. Пробы на индивидуальную совместимость крови донора и реципиента.

Показания и противопоказания к переливанию крови. Механизм действия перелитой крови. Компоненты и препараты крови. Техника переливания крови, ее компонентов и препаратов. Документация. Кровезамещающие жидкости. Осложнения при переливании крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей, их профилактика и лечение.

Тема 6. Раны (5 часов)

Определение. Классификация ран. Фазы течения раневого процесса. Типы заживления ран. Морфология и биохимия раневого процесса. Клиническая картина. Лечение ран. Первая помощь. Общие принципы лечения свежих ран. Первичная хирургическая обработка ран (обоснование, этапы, техника). Первичные, первично-отсроченные (в том числе провизорные) и вторичные хирургические швы. Лечение гнойных ран (местное, общее). Вторичная хирургическая обработка ран. Особенности лечения огнестрельных ран.

Тема 7. Переломы. Вывихи. Закрытые повреждения тканей и органов. (5 часов) (поликлиника)

Классификация переломов костей. Понятие о заживлении переломов. Клиническая картина. Абсолютные и относительные признаки переломов. Рентгенологическая диагностика. Первая медицинская помощь. Основные принципы лечения переломов (репозиция, иммобилизация). Лечение переломов с помощью гипсовых повязок. Скелетное вытяжение. Оперативное лечение переломов (интра- и экстремедулярный металлоостеосинтез, внеочаговый компрессионно-дистракционный металлоостеосинтез). Аппарат Г.А. Илизарова.

Вывихи. Определение. Классификация. Механизм травмы. Клиническая картина. Рентгенологическая диагностика. Лечение (первая помощь, обезболивание, вправление, иммобилизация, реабилитация). Оперативное лечение вывихов.

Закрытые повреждения тканей и органов (ушибы, растяжения и разрывы, сотрясения и сдавления, синдром длительного раздавливания). Закрытые повреждения головы, груди и живота. Первая помощь. Лечение (консервативное, оперативное).

Тема 8. Острая гнойная инфекция (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, рожа, панариций, мастит, гидраденит, лимфангиит, лимфаденит, гнойный артрит, остеомиелит) (5 часов) (поликлиника)

Общие вопросы хирургической инфекции (классификация, причины развития, особенности течения гнойной хирургической инфекции). Принципы лечения.

Острая гнойная инфекция. Возбудители. Местная реакция тканей и общая реакция макроорганизма. Профилактика. Отдельные острые гнойные заболевания (фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона, рожа, панариций, мастит, гидраденит, лимфангиит, лимфаденит, гнойный артрит, остеомиелит). Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Тема 9. Острая гнойная инфекция (заболевания серозных полостей, сепсис). Анаэробная инфекция. (5 часов)

Острая гнойная инфекция. Отдельные острые гнойные заболевания (гнойный плеврит, гнойный перитонит, сепсис). Этиопатогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

Анаэробная инфекция (классификация, этиопатогенез, клиника, лечение, профилактика).

Тема 10. Язвы. Некрозы. Гангрены. Свищи. Пролежни. Термические поражения (5 часов)

Виды омертвений. Причины развития. Общие проявления. Язвы, некрозы, гангрены, свищи, пролежни (классификация, эпидемиология, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, консервативное и оперативное лечение, профилактика).

Классификация ожогов и отморожений. Клиническая картина и диагностика. Лечение ожогов и отморожений. Ожоговая болезнь.

Модуль 2. Хирургические болезни

Содержание модуля

Содержание лекций

Тема 1. Острый аппендицит (2 часа)

Актуальность проблемы. Анатомо-физиологические сведения. Этиология и патогенез. Классификация. Патологоанатомическая картина. Клиника заболевания. Особенности течения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Аппендэктомия – техника операции. Послеоперационное течение. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита.

Тема 2. Желчнокаменная болезнь. Холецистит (2 часа)

Частота встречаемости желчнокаменной болезни (ЖКБ). Этиология и патогенез ЖКБ. Клиническая картина и диагностика. Рентгенологические и ультразвуковые методы диагностики ЖКБ. Лечение.

Острый холецистит. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая картина катарального, флегмонозного и гангренозного холецистита. Лабораторная, ультразвуковая и эндоскопическая диагностика. Хирургическая тактика. Консервативное и оперативное лечение острого холецистита. Методы удаления желчного пузыря. Холецистостомия. Лапароскопическая микрохолецистостомия.

Хронический калькулезный холецистит. Клиническая картина. Осложнения. Рентгенологическая, ультразвуковая и эндоскопическая диагностика (холецистохолангиография, УЗИ, эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, лапароскопическая холецистохолангиография, интраоперационная холангиография). Лапароскопическая холецистэктомия. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа.

Тема 3. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (2 часа)

Перфорация. Прикрытая перфорация. Клиническая картина. Особенности диагностики. Значение рентгенологических и эндоскопических методов исследования в диагностике данного осложнения. Выбор метода хирургического лечения. Особенности техники ушивания перфоративного отверстия. Первичная резекция желудка.

Пенетрация. Клиническая картина и ее динамика. Рентгенологическая и эндоскопическая диагностика. Особенности оперативного лечения.

Кровотечение. Клиника и дифференциальная диагностика гастродуоденальных кровотечений. Значение неотложной эзофагогастродуоденоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. Консервативное лечение. Показания к операции. Методы оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Стеноз. Клиническая картина стеноза пилородуоденальной зоны язвенной этиологии. Классификация. Рентгенологические и эндоскопические признаки стеноза. Особенности предоперационной подготовки больных с этим осложнением язвенной болезни. Варианты хирургического лечения.

Малигнизация язв. Значение эндоскопической диагностики (прицельная биопсия тканей, роль цитологических и гистологических методов исследования). Принципы оперативного лечения малигнизированных язв.

Тема 4. Варикозное расширение вен нижних конечностей (2 часа)

Анатомо-физиологические сведения. Этиология варикозного расширения вен нижних конечностей. Классификация (CEAP). Клиническая картина. Функциональные пробы. Ультразвуковая

доплерография. Ультразвуковое ангиосканирование. Флебография. Дифференциальная диагностика. Лечение. Эластическая компрессия (эластические бинты, медицинский трикотаж). Фармакотерапия (системные и топические средства). Флебосклерозирующее лечение (склеротерапия). Хирургическое лечение. Показания к оперативному лечению. Операции разобщения (Троянова–Тренделенбурга, Коккета, эндоскопическая подфасциальная диссекция перфорантных вен). Удаление подкожных вен (флебэктомия). Операции Бэбкока, Нарата (минифлебэктомия). Лазерная облитерация магистральных подкожных вен. Пластические вмешательства, направленные на восстановление нормальных функций клапанного аппарата вен. Рецидив варикозной болезни (истинный, ложный). Осложнения (кровотечение, трофические язвы).

Содержание клинических практических занятий

Тема 1. Острый аппендицит. Осложнения острого аппендицита (5 часов)

Актуальность проблемы. Анатомо-физиологические сведения. Этиология, патогенез, клиника, диагностика (симптомы острого аппендицита), дифференциальная диагностика. Оперативное лечение. Показания к операции. Техника аппендэктомии. Роль лапароскопии в диагностике и хирургическом лечении острого аппендицита.

Перфоративный аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат. Аппендикулярный абсцесс. Абсцесс дугласова пространства. Перитонит. Пилефлебит. Причины возникновения. Клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика. Послеоперационные осложнения. Консервативное и оперативное лечение осложнений острого аппендицита.

Тема 2. Брюшные грыжи. Осложнения брюшных грыж (5 часов)

Актуальность темы. Анатомо-физиологические сведения. Этиология. Патогенез. Классификация грыж. Элементы грыжи. Особенности диагностики наружных грыж живота. Принципы лечения брюшных грыж, частота рецидивов.

Паховая грыжа. Анатомическое строение пахового канала. Частота распространения. Классификация. Скользящая паховая грыжа. Особенности диагностики. Оперативное лечение паховых грыж. Методы укрепления задней стенки пахового канала.

Бедренная грыжа. Бедренный канал. Особенности диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы хирургического лечения бедренных грыж.

Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки. Частота распространения, диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение пупочных грыж.

Невправимость. Ущемление. Воспаление. Копростаз. Травматизация. Малигнизация. Этиопатогенез. Клиническая картина ущемленной грыжи. Особые виды ущемлений (пристеночное, ретроградное). Хирургическая тактика при ущемленных грыжах. Особенности оперативного лечения ущемленных грыж. Оценка жизнеспособности ущемленного органа. Хирургическое лечение наружных брюшных грыж при их воспалении.

Тема 3. Желчнокаменная болезнь. Холецистит. Острый панкреатит (5 часов)

Желчнокаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника. Рентгенологическая и инструментальная диагностика. Лечение. Профилактика.

Острый холецистит. Этиопатогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика острого холецистита. Хирургическая тактика. Консервативное лечение. Лапароскопическая микрохолецистостомия. Способы холецистэктомии. Холецистостомия. Способы наружного дренирования холедоха. Послеоперационное ведение больных.

Хронический калькулезный холецистит. Клиническая картина. Рентгенологическая, ультразвуковая и эндоскопическая диагностика. Холецистэктомия. Малоинвазивные технологии (холецистэктомия из минидоступа, лапароскопическая холецистэктомия).

Распространенность острого панкреатита. Анатомо-физиологические особенности. Этиология и патогенез заболевания. Классификация. Клиническая картина (симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона) и варианты течения острого панкреатита. Диагностика (лабораторная, рентгенологическая, ультразвуковая, инструментальная, эндоскопическая). Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Консервативное лечение (интенсивная терапия). Показания к оперативному лечению. Техника операций. Возможности малоинвазивной хирургии.

Тема 4. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (5 часов)

Клиническая картина перфоративной язвы желудка. Прикрытая перфорация. Способы обнаружения свободного газа и жидкости в брюшной полости. Значение рентгенологических и эндоскопических методов исследования в диагностике прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Выбор метода лечения больного с данной патологией. Особенности техники ушивания перфоративной язвы. Первичная резекция желудка.

Пенетрация. Динамика клинической картины. Рентгенологическая и эндоскопическая диагностика. Особенности оперативного лечения.

Клиника и дифференциальная диагностика гастродуоденальных кровотечений. Значение неотложной эзофагогастродуоденоскопии в диагностике и лечении гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. Консервативное лечение. Показания к операции. Методы оперативного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Клиника стеноза пилородуоденальной зоны язвенной этиологии. Классификация. Рентгенологические и эндоскопические признаки стеноза. Особенности предоперационной подготовки больных с этим осложнением язвенной болезни. Оперативное лечение.

Малигнизация язв. Значение эндоскопической диагностики (прицельная биопсия тканей, роль цитологических и гистологических методов исследования). Принципы оперативного лечения малигнизированных язв.

Тема 5. Непроходимость кишечника. Перитонит (5 часов)

Классификация кишечной непроходимости. Клиническая картина различных вариантов механической и динамической кишечной непроходимости. Зависимость клинических проявлений заболевания от уровня непроходимости и давности процесса. Рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. Консервативное лечение (лекарственная терапия, новокаиновые блокады). Показания к оперативному лечению. Техника операций при наиболее часто встречающихся разновидностях механической кишечной непроходимости.

Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лапароскопия. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Консервативное лечение перитонита в до- и послеоперационном периоде. Оперативные доступы. Этапы оперативного вмешательства. Зависимость метода хирургического лечения от распространённости и локализации воспалительного процесса. Профилактика послеоперационного перитонита. Способы дренирования брюшной полости.

Тема 6. Нагноительные заболевания легких и плевры (5 часов) (поликлиника)

Абсцесс легкого. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (пневмокапсулотомия, троакарная пункция и дренирование полости абсцесса, дренирование полости абсцесса через бронхи, резекция легкого при легочном кровотечении).

Гангрена легкого. Клиническая картина и диагностика заболевания. Дифференциальная диагностика. Интенсивная терапия. Хирургическое лечение гангрены легкого (пневмон- или лобэктомия).

Бронхоэктатическая болезнь. Этиология и патогенез. Стадии болезни. Клиническая картина и диагностика (бронхография). Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Хирургическое лечение (сегментэктомия, лобэктомия, билобэктомия).

Эмпиема плевры. Причины развития. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Пункция плевральной полости. Дренирование плевральной полости с аспирацией содержимого. Плевральный лаваж. Хирургическое лечение. Торакотомия или видеоторакоскопия, санация и дренирование плевральной полости.

Пиопневмоторакс. Причины развития. Особенности клинического течения. Диагностика. Лечение.

Тема 7. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (5 часов) (поликлиника)

Хирургическая анатомия магистральных артерий (дистального отдела аорты, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей). Классификация. Стадии хронической артериальной недостаточности нижних конечностей. Клиника и диагностика (ультразвуковая диагностика, ангиография). Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Эндоваскулярные вмешательства. Открытые операции (показания, техника выполнения). Паллиативные операции. Осложнения.

Тема 8. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

Острый тромбоз поверхностных вен нижних конечностей.

Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Посттромбозный синдром (5 часов)

Хирургическая анатомия вен нижних конечностей. Особенности венозной гемодинамики. Этиология и патогенез варикозного расширения вен нижних конечностей. Клиническая картина. Осложнения (кровотечение, венозные трофические язвы – варикозные). Диагностика. Функциональные пробы. Флебография (ретроградная, дистальная–восходящая). Допплерография. Дуплексное флебоангиосканирование. Лечение. Компрессионное лечение. Лекарственная терапия. Склеротерапия. Разновидности оперативного лечения. Эндоскопическая подфасциальная диссекция перфорантных вен. Малоинвазивные технологии. Профилактика заболевания и его осложнений.

Тромбозы и флеботромбозы. Илеофemorальный тромбоз. Этиология. Лабораторная диагностика (коагулограмма). Дифференциальная диагностика. Лечение (консервативное, оперативное). Профилактика острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей и тромбозов легочных артерий.

Посттромбозный синдром. Хроническая венозная недостаточность. Классификация по CEAP. Ультразвуковая диагностика. Методы лечения. Венозные трофические язвы (посттромботические). Клиника. Принципы консервативного и комплексного лечения. Лазеротерапия. Особенности лечения посттромботических язв нижних конечностей у пациентов пожилого и старческого возраста.

2. Учебно-тематический план

2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем			Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	клинические практические занятия	экзамен/зачет				ОПК – 5	ОПК – 6		
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10
Модуль 1										
Л – 1, КПЗ – 1	2	5		7	2	9	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 2, КПЗ – 6	2	5		7	3	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 3, КПЗ – 5	2	5		7	3	9	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 4, КПЗ – 3	2	5		7	2	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 5, КПЗ – 4	2	5		7	3	10	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 2		5		5	3	8	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 7		5		5	3	8	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 8		5		5	4	9	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 9		5		5	4	9	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 10		5		5	3	8	X	X	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Модуль 2										
Л – 1, КПЗ – 1	2	5		7	6	13	X	X	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С

Л – 2 КПЗ – 3	2	5		7	6	13	Х	Х	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 2		5		5	5	10	Х	Х	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 3, КПЗ – 4	2	5		7	5	12	Х	Х	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Л – 4, КПЗ – 8	2	5		7	5	12	Х	Х	Л, АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 5		5		5	5	10	Х	Х	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 6		5		5	5	10	Х	Х	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
КПЗ – 7		5		5	5	10	Х	Х	АТД, КС, УИРС	Т, Пр, ЗС, С
Экзамен					36	36				
ИТОГО:	18	90		108	108	216				

Список сокращений:

Образовательные технологии, способы и методы обучения: клиническое практическое занятие (КПЗ), традиционная лекция (Л), активизация творческой деятельности (АТД), ролевая учебная игра (РИ), разбор клинических случаев (КС), учебно-исследовательская работа студентов (УИРС)

Формы текущего, в т. ч. рубежного контроля успеваемости: Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, С – собеседование по контрольным вопросам.

**III. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций
(Приложение № 1)**

1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости

Модуль «Общая хирургия»

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. Минимальная температура, вызывающая гибель спорозоных бактерий
- 1) 60°
 - 2) 80°
 - 3) 100°
 - 4) 120°
 - 5) 140°

Эталон ответа: 4

2. Возбудителем гнойного артрита наиболее часто является
- 1) стафилококк
 - 2) стрептококк
 - 3) пневмококк
 - 4) энтеробактерии
 - 5) гонококк

Эталон ответа: 1

3. Осложнение, являющееся наиболее вероятным для острого остеомиелита, – это
- 1) патологический перелом
 - 2) гангрена конечности
 - 3) сепсис
 - 4) поднадкостничный абсцесс
 - 5) межмышечная флегмона

Эталон ответа: 3

4. Главным звеном комплексного лечения хронического остеомиелита является
- 1) лечение, направленное на подавление микрофлоры в очаге поражения
 - 2) переливание крови, белковых кровезаменителей, растворов электролитов
 - 3) хирургическое вмешательство – секвестрэктомия
 - 4) хирургическое вмешательство – вскрытие параоссальной флегмоны с последующим рассечением надкостницы
 - 5) лечебная физкультура

Эталон ответа: 3

5. Для ранней диагностики костной деструкции при остром гематогенном остеомиелите следует применить
- 1) обзорную рентгенографию
 - 2) ангиографию
 - 3) лимфографию

- 4) магнитно-резонансную томографию
- 5) артроскопию

Эталон ответа: 4

Критерии оценки тестового контроля

- Оценка «Отлично»: до 6 % неправильных ответов.
- Оценка «Хорошо»: 7–20 % неправильных ответов.
- Оценка «Удовлетворительно»: 21–30 % неправильных ответов.
- Оценка «Неудовлетворительно»: более 30% неправильных ответов.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1

До какой температуры нагревается пар в автоклаве при давлении в 2 атм?

Эталон ответа:

В автоклаве при давлении в 2 атм пар нагревается до температуры 132,9°C.

2

При какой температуре и в течение какого времени проводится стерилизация нережущих металлических инструментов горячим воздухом в сухожаровом шкафу-стерилизаторе?

Эталон ответа:

В сухожаровом шкафу-стерилизаторе стерилизация нережущих металлических инструментов проводится при температуре 180°C в течение 1 часа.

3

Как проводится обработка рук хирурга хлоргексидином?

Эталон ответа:

Руки дважды обрабатывают тампоном, смоченным 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина в течение 2–3 минут.

4

Как проводится обработка рук хирурга дегмином и дегмицидом?

Эталон ответа:

Обработку рук этими поверхностно-активными веществами (детергентами) проводят в тазах в течение 5–7 минут, после этого руки высушивают стерильной салфеткой.

5

В чем заключается правило (метод) Гроссиха-Филончикова?

Эталон ответа:

В соответствии с правилом (методом) Гроссиха-Филончикова кожу в области операционного поля обрабатывают 4 раза: перед отграничением зоны разреза стерильным операционным бельем, перед разрезом, перед наложением кожных швов и после наложения кожных швов.

Критерии оценки при собеседовании

- Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на контрольные вопросы.
- Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на контрольные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.
- Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на контрольные вопросы и допускает при этом серьезные ошибки.
- Оценка «Неудовлетворительно» – студент неправильно отвечает на поставленные вопросы.

Примеры ситуационных задач

1

Больная, страдающая в течение пяти лет варикозной болезнью нижних конечностей, отметила появление в нижней трети правой голени дефекта кожных покровов. При осмотре отмечается

дефект кожных покровов размерами 5 x 4 см с подрывными краями грязно-серого цвета и гнойным отделяемым. Подкожные вены правой нижней конечности расширены, ближайшие к дефекту ткани индуративно изменены и гиперпигментированы.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

В чем заключается консервативное лечение этой патологии?

В чем заключается оперативное лечение этой патологии?

Эталон ответа:

Варикозное расширение вен правой нижней конечности, осложненное трофической язвой правой голени (варикозная язва).

Эластическое бинтование и флеботропные препараты. Местно: удаление некротизированных тканей, применение протеолитических ферментов и антисептиков, при появлении грануляционной ткани – мазовые повязки и физиопроцедуры (например, лазеротерапия).

Хирургическое лечение – комбинированная флебэктомия (после полной эпителизации язвенного дефекта).

2

В реанимационном отделении находится больной 60 лет, оперированный неделю назад по поводу разлитого перитонита. Общее состояние больного тяжелое, вялый, адинамичный, не может без посторонней помощи менять положение в постели. На третий день после операции в области крестца у больного появилось покраснение кожи и болезненность. На следующий день в зоне поражения возникли пузыри с мутным содержимым и затем на месте пузыря образовался дефект кожи. При осмотре в области крестца определяется дефект мягких тканей размерами 5,0 x 3,0 x 0,5 см, дно его выполнено тканью серого цвета, имеется гнойное отделяемое в небольшом количестве. Кожа в окружности дефекта гиперемирована и отечна.

Задание:

Какое осложнение возникло у больного в послеоперационном периоде?

Какие меры профилактики данного осложнения Вам известны?

Какое лечение следует проводить больному?

Эталон ответа:

У больного развился пролежень в области крестца.

К мерам профилактики пролежней относятся квалифицированный уход за больными, тщательное разглаживание простыней, частое перестилание постели (при этом постельное белье должно быть сухим), частое изменение положения тела пациентов, обработка кожи камфорным спиртом, применение прокладок, поглощающих избыток влаги.

Лечение больного должно включать активизацию пациента, хирургическую обработку пролежня (некрэктомия) и последующее местное лечение с учетом фазы раневого процесса, переворачивание пациента каждые два часа, контроль за недержанием кала и мочи, соблюдение чистоты и сухости кожи, использование противопролежневых матрасов и специальных кроватей.

3

Больной 67 лет осмотрен хирургом на дому. Жалуется на чувство жара, онемение, зябкость и постоянные боли в области голени и стопы слева, усиливающиеся при ходьбе и ночью. Болен в течение двух лет. Вначале боли в левой нижней конечности появлялись при прохождении больным 1000 м, затем они стали беспокоить при прохождении 100 и 50 м. В последний месяц пациент из-за болей не выходит из квартиры. Дважды за последние 2 года лечился в дневном стационаре. Применялась лекарственная терапия, однако улучшение было временным. На момент осмотра состояние тяжелое. Больной вялый, неохотно отвечает на вопросы, температура тела – 38,2°C, пульс – 92 в минуту, АД – 110/60 мм рт. ст.,

одышка – 28 в минуту. Левая стопа холодная на ощупь, отечная, пульс на артерии тыла стопы и задней большеберцовой артерии слева не определяется. На подколенной артерии слева пульсация резко ослаблена. На левой стопе определяются пятна темно-коричневой окраски и пузыри, наполненные сукровичным содержимым.

Задание:

Поставьте основной диагноз.

Какое осложнение основного заболевания имеется у больного?

Каким должно быть хирургическое лечение пациента?

Эталон ответа:

Облитерирующий атеросклероз сосудов левой нижней конечности (четвертая стадия).

Влажная гангрена левой стопы.

Показана ампутация левой нижней конечности на уровне бедра.

Критерии оценки при решении ситуационных задач

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на поставленные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом решает ситуационную задачу, при ответах на вопросы задания допускает серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ решает задачу, даёт неправильные ответы на поставленные вопросы, отказывается от ответа.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить обучающемуся

1. Сбор анамнеза.
2. Клиническое обследование пациента:
осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Формулировка предварительного диагноза.
4. Оценка результатов клинических анализов.
5. Оценка результатов рентгенологических исследований.
6. Формулировка клинического диагноза.
7. Обоснование плана лечения.
8. Выбор хирургического инструмента для медицинских манипуляций
(название и назначение инструмента).
9. Ведение медицинской документации.

Критерии оценки практических навыков

Оценка «Отлично» – студент правильно оценивает R-грамму и результаты лабораторных анализов, правильно называет хирургический инструмент и дает правильное заключение о его назначении.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на вопросы задания, однако допускает незначительные ошибки.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на поставленные вопросы, допуская при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ справляется с заданием.

Критерии оценки реферата

Оценка «Отлично» – материал изложен логически правильно, в доступной форме, хорошо иллюстрирован (презентация, таблицы, рисунки). При написании работы

использованы современные литературные источники (не менее пяти, в том числе монографии и периодические издания).

Оценка «Хорошо» – материал в целом изложен правильно, но не-достаточно полно. Иллюстрации нередко дублируют текстовую часть реферативного сообщения и однообразны. При подготовке реферата использованы устаревшие периодические издания и интернет-ресурсы.

Оценка «Удовлетворительно» – тема раскрыта слабо, рассматриваемые проблемы освещены односторонне. При подготовке работы в основном использованы интернет-ресурсы и 1–2 периодических издания. Иллюстративный материал скудный и не всегда способствует пониманию темы.

Оценка «Неудовлетворительно» – реферат не выполнен или подготовлен небрежно. Тема реферативного сообщения не раскрыта. При подготовке работы использованы только интернет-ресурсы. Иллюстративный материал не-качественный или полностью отсутствует.

Модуль «Хирургические болезни»

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается
 - а) с серозного покрова червеобразного отростка
 - б) со слизистой червеобразного отростка
 - в) с мышечного слоя червеобразного отростка
 - г) с купола слепой кишки
 - д) с терминального отдела тонкой кишки

Эталон ответа: **б**

2. Первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается
 - а) у детей
 - б) у лиц с тяжелой травмой
 - в) у мужчин
 - г) у женщин
 - д) у лиц пожилого и старческого возраста

Эталон ответа: **д**

3. Дивертикул меккеля локализуется
 - а) на тощей кишке
 - б) на подвздошной кишке
 - в) на восходящем отделе ободочной кишки
 - г) на слепой кишке
 - д) на сигмовидной кишке

Эталон ответа: **б**

4. Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является
 - а) аппендикулярный инфильтрат
 - б) инфаркт миокарда
 - в) вторая половина беременности
 - г) геморрагический диатез

д) разлитой перитонит

Эталон ответа: **а**

5. После аппендэктомии при остром катаральном аппендиците назначают
- а) антибиотики
 - б) анальгетики
 - в) сульфаниламиды
 - г) слабительные
 - д) все перечисленное

Эталон ответа: **б**

Критерии оценки тестового контроля

Оценка «Отлично»: до 6 % неправильных ответов.

Оценка «Хорошо»: 7–20 % неправильных ответов.

Оценка «Удовлетворительно»: 21–30 % неправильных ответов.

Оценка «Неудовлетворительно»: более 30% неправильных ответов.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1

Симптомы, наиболее часто выявляемые при остром аппендиците.

Эталон ответа:

Кохера–Волковича, Воскресенского, Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Бартомье–Михельсона, Образцова, Щеткина–Блюмберга.

2

Определение аппендикулярного инфильтрата.

Эталон ответа:

Аппендикулярный инфильтрат представляет собой конгломерат органов брюшной полости, спаянных между собой, в центре которого находится деструктивно измененный червеобразный отросток.

3

Какими тканями образованы стенки пахового канала?

Эталон ответа:

Передняя стенка образована апоневрозом наружной косой мышцы живота, задняя стенка – поперечной фасцией, верхняя – нижними краями внутренней косой и поперечной мышц живота, нижняя – пупартовой связкой.

4

В чем заключается симптом Ортнера?

Эталон ответа:

Симптом Ортнера – болезненность при поколачивании по правой реберной дуге ребром ладони.

5

В чем заключается симптом Мюсси-Георгиевского?

Эталон ответа:

Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) – болезненность при пальпации тканей между ножками правой кивательной мышцы.

Критерии оценки при собеседовании

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на контрольные вопросы.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на контрольные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на контрольные вопросы и допускает при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент неправильно отвечает на поставленные вопросы.

Примеры ситуационных задач

1

Больной 26 лет поступил в хирургическое отделение на четвертый день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит.

Общее состояние больного удовлетворительное. При пальпации в правой подвздошной области отчетливо определяется неподвижное плотное болезненное образование размерами 12 x 10 см. Перитонеальные симптомы не выражены.

Задание:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Какие варианты течения этого заболевания Вам известны?
3. Какова лечебная тактика?
4. Какие методы консервативного лечения применимы в данной ситуации?
5. Если потребуются оперативное вмешательство, в какие сроки оно должно быть выполнено и в каком объеме?

2

Больная 56 лет обратилась с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота. Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали. Повысилась температура тела до 38°C. Пульс – 92 в минуту. Стул был накануне, нормальный. Мочеиспускание не нарушено. В анамнезе подобных болей нет. При осмотре язык сухой, обложен белым налетом. Иктеричности нет. Больная при дыхании щадит живот в правой половине. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области и в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга в правой половине живота и симптом Ровзинга резко положительны. Френикус-симптом и симптом Ортенера-Грекова отрицательны. Лейкоцитов в крови – $14,0 \times 10^9/\text{л}$.

Задание:

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какова лечебная тактика?
4. Если потребуются хирургическое вмешательство, какой оперативный доступ предпочтительнее?
5. Какие способы оперативного лечения данного заболевания Вам известны?

3

У больного 44 лет после переохлаждения повысилась температура тела до 39°C, появились кашель и боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании. Мокрота почти не выделялась. Повышенная температура тела сохранялась на протяжении 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем в большом количестве стала отделяться гнойная мокрота с неприятным запахом до 200 мл в сутки. Температура тела снизилась до нормы. Больной стал чувствовать себя значительно лучше. Под правой лопаткой сзади – укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Задание:

1. Какое заболевание можно заподозрить у больного?
2. Какие периоды заболевания наблюдались у данного пациента?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Какие методы консервативного лечения целесообразны в данной ситуации?

5. Какие методы хирургического лечения могут найти применение у данного больного?

Эталоны ответов к ситуационным задачам

1

1. У больного острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом.
2. В последующем инфильтрат может исчезнуть («рассосаться»), или абсцедироваться (трансформироваться в аппендикулярный абсцесс).
3. При этой форме острого аппендицита (если она протекает без осложнений) больного вначале следует лечить консервативно.
4. Назначается постельный режим, антибиотики, холод на живот, диета (пища с незначительным количеством клетчатки). После стихания воспалительных явлений (нормализация температуры тела, исчезновение лейкоцитоза) целесообразна рассасывающая терапия, в частности, физиолечение.
5. Через 2–4 месяца после рассасывания инфильтрата больному рекомендуется обязательно выполнить аппендэктомию в плановом порядке.

При абсцедировании аппендикулярного инфильтрата в экстренном порядке показано «вскрытие» и дренирование аппендикулярного абсцесса (предпочтительнее внебрюшинный доступ).

2

1. У больной можно предположить острый аппендицит и острый холецистит (необходима дифференциальная диагностика между этими заболеваниями). Следует помнить, что червеобразный отросток может располагаться высоко под печенью, симулируя при воспалении острый холецистит.

2. Необходимо исследование крови на общий билирубин и его фракции, анализ мочи на желчные пигменты, ультразвуковое исследование внепеченочной желчевыделительной системы, при невозможности проведения дифференциального диагноза показана лапароскопия.

3. Можно назначить больной лечение антибиотиками и спазмолитиками. Анальгетики не следует вводить в течение 1–2 часов. Если боли не уменьшатся, лейкоцитоз останется на том же уровне или будет нарастать, локализация болей не изменится, а напряжение мышц в правой подвздошной области не исчезнет, то исключить острый аппендицит будет невозможно. В этом случае больную следует оперировать.

4. Учитывая неясность диагноза, можно избрать правосторонний параректальный доступ, который при необходимости может быть продлен вверх или вниз, что позволяет манипулировать как на желчном пузыре, так и на червеобразном отростке.

5. Существуют антеградный и ретроградный способы удаления червеобразного отростка. Ретроградное удаление используется тогда, когда антеградное удаление по тем или иным причинам невозможно.

3

1. У больного острый абсцесс правого легкого.

2. Наблюдались два периода заболевания: до прорыва абсцесса в бронх и после.

3. Необходимо исследовать кровь (высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ) и мокроту (зловонный запах, фрагментация на три слоя, наличие большого количества лейкоцитов, эритроцитов, эластических волокон). Решающее значение имеет рентгенологическое исследование, включающее томографию. При рентгенографии легких отмечается негетерогенное затемнение без четких границ чаще в периферических отделах легких. Во вторую фазу течения абсцесса обычно видна полость или полости с перифокальной зоной инфильтрации, часто с горизонтальным уровнем жидкости. Нередко выражена плевральная реакция в виде небольшого выпота в синусе.

4. Консервативное лечение данного больного должно включать: диетотерапию, отхаркивающие средства, постуральный дренаж, антибиотикотерапию, дезинтоксикационную и иммунокорректирующую терапию.

5. Возможно лечение данного заболевания посредством пункций абсцесса через грудную стенку или путем дренирования полости абсцесса, которое может быть выполнено с помощью троакара. Дренирование абсцесса может быть организовано через бронхиальное дерево с помощью бронхоскопа, что выгодно отличает этот метод от его аналогов.

Критерии оценки при решении ситуационных задач

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на поставленные вопросы, однако допускает при этом ошибки непринципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом решает ситуационную задачу, при ответах на вопросы задания допускает серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ решает задачу, даёт неправильные ответы на поставленные вопросы, отказывается от ответа.

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить обучающемуся

1. Сбор анамнеза.
2. Клиническое обследование пациента:
 - осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
1. Проверка симптомов раздражения брюшины.
2. Исследование грыжевых ворот.
3. Выполнение функциональных проб с целью оценки состояния сосудов нижних конечностей.
4. Формулировка предварительного диагноза.
5. Оценка результатов клинических анализов.
6. Оценка результатов биохимических анализов.
7. Оценка результатов рентгенологических исследований.
8. Формулировка клинического диагноза.
9. Обоснование плана лечения.
10. Выбор хирургического инструмента для медицинских манипуляций (название и назначение инструмента).
11. Наложение эластических бинтов на нижние конечности.
12. Ведение типовой медицинской документации.

Критерии оценки практических навыков

Оценка «Отлично» – студент правильно оценивает R-грамму и результаты лабораторных анализов, правильно называет хирургический инструмент и дает правильное заключение о его назначении.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на вопросы задания, однако допускает незначительные ошибки.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на поставленные вопросы, допуская при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ справляется с заданием.

Критерии оценки реферата

Оценка «Отлично» – материал изложен логически правильно, в доступной форме, хорошо иллюстрирован (презентация, таблицы, рисунки). При написании работы использованы современные литературные источники (не менее пяти, в том числе монографии и периодические издания).

Оценка «Хорошо» – материал в целом изложен правильно, но недоста-точно полно. Иллюстрации нередко дублируют текстовую часть реферативного сообщения и

однообразны. При подготовке реферата использованы устаревшие периодические издания и интернет-ресурсы.

Оценка «Удовлетворительно» – тема раскрыта слабо, рассматриваемые проблемы освещены односторонне. При подготовке работы в основном использованы интернет-ресурсы и 1–2 периодических издания. Иллюстративный материал скудный и не всегда способствует пониманию темы.

Оценка «Неудовлетворительно» – реферат не выполнен или подготовлен небрежно. Тема реферативного сообщения не раскрыта. При подготовке работы использованы только интернет-ресурсы. Иллюстративный материал некачественный или полностью отсутствует.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

После завершения изучения студентами дисциплины «Общая хирургия, хирургические болезни», состоящей из модулей «Общая хирургия» и «Хирургические болезни», в VII семестре проводится трехэтапный курсовой экзамен.

При формировании итоговой оценки учитываются данные тестирования, результаты оценки практических навыков и собеседования (обсуждение ситуационных задач и контрольные вопросы). Приоритетное значение имеет результат собеседования. При неудовлетворительных результатах первых этапов экзамена (тестирование + практические навыки) итоговая оценка признается неудовлетворительной.

Порядок проведения курсового экзамена:

Этап 1. Тестирование (предварительный этап).

Этап 2. Оценка практических навыков (предварительный этап).

Этап 3. Собеседование по двум ситуационным задачам (общей хирургии и хирургическим болезням) + контрольные вопросы.

Модуль «Общая хирургия»

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. Рецидивирующая рожа нижних конечностей часто осложняется
 - 1) остеомиелитом
 - 2) лимфостазом
 - 3) сепсисом
 - 4) тромбофлебитом
 - 5) периоститом

Эталон ответа: **2**

2. При определении группы крови капля крови должна быть меньше капли цоликлона
 - 1) в три раза
 - 2) в пять раз
 - 3) в десять раз
 - 4) в двадцать раз
 - 5) в пять-десять раз

Эталон ответа: **5**

3. Определение группы крови с помощью цоликлонов следует проводить при температуре
 - 1) 10-15°C

- 2) 15-20°C
- 3) 15-25°C
- 4) 20-30°C
- 5) 37-38°C

Эталон ответа: **3**

4. Цоликлоны – это
- 1) антигены
 - 2) сыворотки
 - 3) клоны эритроцитов
 - 4) моноклональные антитела
 - 5) лабораторные агглютиногены

Эталон ответа: **4**

5. К противошоковым препаратам относится
- 1) гемодез
 - 2) гидролизат казеина
 - 3) полиамин
 - 4) раствор Рингера
 - 5) полиглюкин

Эталон ответа: **5**

Критерии оценки тестового контроля

- Оценка «Отлично»: до 6 % неправильных ответов.
Оценка «Хорошо»: 7–20 % неправильных ответов.
Оценка «Удовлетворительно»: 21–30 % неправильных ответов.
Оценка «Неудовлетворительно»: более 30% неправильных ответов.

Перечень практических навыков

1. Оценка результатов рентгенологических исследований.
2. Оценка результатов клинических и биохимических анализов.
3. Название и назначение хирургических инструментов.

Критерии оценки практических навыков

Оценка «Отлично» – студент правильно оценивает R-грамму и результаты лабораторных анализов, правильно называет хирургический инструмент и дает правильное заключение о его назначении.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на вопросы задания, однако допускает незначительные ошибки.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на поставленные вопросы, допуская при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ справляется с заданием.

Примеры ситуационных задач

1

В хирургическое отделение поступила больная с жалобами на боли в области шеи. Состояние тяжелое. За 3 дня до госпитализации появилась болезненная, постепенно увеличивающаяся припухлость на задней поверхности шеи. Температура тела колебалась в пределах 38–39°C. Отмечала ознобы. Понизился аппетит. Пульс – 104 в минуту. Анализ крови:

лейкоциты – $12,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 18%, СОЭ – 38 мм/час. На задней поверхности шеи имеется сине-багрового цвета припухлость диаметром до 8 см с нечеткими контурами и возвышающимися гнойными точками в центре. При пальпации зона поражения плотная, болезненная. Шейные лимфатические узлы увеличены.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Каковы предполагаемые причины заболевания?

Какое общее лечение показано больной?

Имеются ли у больной показания к хирургическому лечению?

Какое лечение должно проводиться после операции?

Эталон ответа:

Карбункул шеи на задней поверхности.

Понижение реактивности организма, несоблюдение правил гигиены, трение одежды.

Общее лечение состоит в проведении антибактериальной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии.

В данном случае имеются показания к хирургическому лечению в связи с выраженными явлениями интоксикации и некрозом тканей. Выполняются разрезы с иссечением некротизированных тканей.

В послеоперационном периоде следует продолжить антибактериальное, дезинтоксикационное и симптоматическое лечение. Применяются повязки с протеолитическими ферментами и антисептиками. После отторжения некротических тканей используются индифферентные мази.

2

Больной 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до $37,4^{\circ}\text{C}$. При осмотре – инфильтрат на верхней губе размерами $1,5 \times 1,0$ см с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики. После этого больной был отпущен домой. Через 2 суток температура тела повысилась до 40°C , инфильтрат увеличился в размерах, появились гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли и озноб. В связи с этим больной в экстренном порядке был госпитализирован.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Верна ли тактика врача поликлиники?

В какое отделение следует госпитализировать больного?

Какими осложнениями чревата данная патология?

Опишите лечение данного больного.

Эталон ответа:

У больного фурункул верхней губы.

Врач поликлиники допустил серьезную ошибку. Больного с такой локализацией фурункула необходимо срочно госпитализировать.

Больного следовало госпитализировать в отделение гнойной хирургии.

Возможные осложнения фурункула верхней губы: карбункул лица, флегмона, тромбоз, флебит, лимфаденит и лимфангиит, менингит, сепсис.

Необходимы постельный режим, местное применение антисептиков и протеолитических ферментов, антибиотико- и физиотерапия. Показанием к хирургическому вмешательству является абсцедирование фурункула.

3

Больная 50 лет предъявляет жалобы на боли в левой ягодице, озноб. Три дня назад медсестрой в домашних условиях была сделана инъекция лекарственного препарата в верхне-наружный квадрант левой ягодицы. На другой день самочувствие больной ухудшилось, температура тела повысилась до 39°C, появились боли и болезненное уплотнение в области инъекции. В верхненаружном квадранте левой ягодицы определяется припухлость с нечеткими контурами и гиперемированной кожей. При пальпации отмечается локальная болезненность и уплотнение тканей с размягчением в центре. Температура измененных тканей повышена. Анализ крови: лейкоциты – $12,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 9%, СОЭ – 26 мм/час.

Задание:

Какое осложнение возникло у больной после инъекции?

Каковы причины развития этого осложнения?

Каковы меры профилактики этого осложнения?

Какой диагностический прием следует применить для уточнения диагноза?

Какое общее и местное лечение следует проводить больной?

Эталон ответа:

Постинъекционный абсцесс левой ягодицы.

Недостаточно соблюдались правила асептики при выполнении инъекции.

Тщательная обработка рук перед выполнением процедуры, обязательная дезинфекция кожи в месте инъекции, использование стерильных игл и шприцев, четкое соблюдение правил набора в шприц лекарственных препаратов и выполнения инъекции.

Для уточнения диагноза в ряде случаев целесообразна пункция патологического очага.

Общее лечение состоит в проведении антибактериальной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии. Местное лечение: вскрытие абсцесса, промывание и дренирование гнойной полости, перевязки, физиотерапевтические процедуры.

Критерии оценки решения ситуационных задач

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на поставленные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом решает ситуационную задачу, при ответах на вопросы задания допускает серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ решает задачу, даёт неправильные ответы на поставленные вопросы, отказывается от ответа.

Контрольные вопросы и задания

1

Какие абсолютные признаки закрытых переломов Вам известны?

Эталон ответа:

К абсолютным признакам закрытых переломов относят патологическую подвижность в месте повреждения и крепитацию костных отломков.

2

Какие разновидности металлоостеосинтеза Вам известны?

Эталон ответа:

Интрамедуллярный металлоостеосинтез.

Экстрамедуллярный металлоостеосинтез.

Внеочаговый компрессионно-дистракционный металлоостеосинтез.

3

Чем принципиально отличается шина Дитерихса от шины Крамера?

Эталон ответа:

Шина Дитерихса в отличие от шины Крамера позволяет в процессе транспортировки пациента осуществлять вытяжение по оси поврежденной конечности.

4

В каком суставе наиболее часто возникает вывих?

Эталон ответа:

Наиболее часто возникает вывих плеча (до 50–60% всех вывихов).

5

Какие основные методы вправления вывиха плеча Вам известны?

Эталон ответа:

Методы Гиппократы, Кохера и Джанелидзе.

Критерии оценки при собеседовании

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на контрольные вопросы.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на контрольные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на контрольные вопросы и допускает при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент неправильно отвечает на поставленные вопросы.

Модуль «Хирургические болезни»

Примеры заданий в тестовой форме

(один ответ правильный)

1. Больным с неосложненным калькулезным холециститом чаще всего выполняют
 - 1) холецистостомию
 - 2) холецистэктомию от шейки
 - 3) холецистэктомию от дна
 - 4) лапароскопическую холецистостомию
 - 5) холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому

Эталон ответа: **2**

2. Перемежающаяся желтуха вызывается
 - 1) вклиненным камнем терминального отдела холедоха
 - 2) опухолью холедоха
 - 3) камнем пузырного протока
 - 4) вентильным камнем холедоха
 - 5) структурой холедоха

Эталон ответа: **4**

3. Пятна цианоза на боковых стенках живота при остром панкреатите характерны для симптома
 - 1) Грюнвальда
 - 2) Мондора
 - 3) Грея-Тернера
 - 4) Кера
 - 5) Воскресенского

Эталон ответа: 3

4. Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для грыжи
 - 1) скользящей
 - 2) ущемленной
 - 3) бедренной
 - 4) врожденной
 - 5) косой паховой

Эталон ответа: 4

5. Наиболее частым симптомом острого панкреатита является
 - 1) тошнота или рвота
 - 2) гипертермия
 - 3) желтуха
 - 4) вздутие живота
 - 5) боль в верхней половине живота

Эталон ответа: 5

Критерии оценки тестового контроля

Оценка «Отлично»: до 6 % неправильных ответов.

Оценка «Хорошо»: 7–20 % неправильных ответов.

Оценка «Удовлетворительно»: 21–30 % неправильных ответов.

Оценка «Неудовлетворительно»: более 30% неправильных ответов.

Перечень практических навыков

1. Оценка результатов рентгенологических исследований.
2. Оценка результатов клинических и биохимических анализов.
3. Название и назначение хирургических инструментов.

Критерии оценки практических навыков

Оценка «Отлично» – студент правильно оценивает R-грамму и результаты лабораторных анализов, правильно называет хирургический инструмент и дает правильное заключение о его назначении.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на вопросы задания, однако допускает незначительные ошибки.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на поставленные вопросы, допуская при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ справляется с заданием.

Примеры ситуационных задач

1

У больной 59 лет 4 дня назад впервые появились умеренные по силе боли в эпигастральной области, которые в последующем постепенно переместились в правую подвздошную область. Дважды была рвота съеденной пищей, температура тела повышалась до 37,5°C. Больная по совету родственников в домашних условиях принимала таблетированные препараты – тетрациклин и анальгин, однако ее состояние при этом не улучшилось. В связи с сохранением постоянных болей в нижних отделах живота только на 4-е сутки от начала заболевания больная обратилась к хирургу районной поликлиники.

Во время осмотра состояние больной удовлетворительное. Температура тела – 37,4°C. Пульс – 88 в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области

пальпируется неподвижное, плотноэластической консистенции образование с четкими границами размерами 12 x 8 см. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоцитов в крови – $11,0 \times 10^9/\text{л}$.

Задание:

1. Каков Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Где следует лечить больную?
4. Какова лечебная тактика?
5. Предполагается ли оперативное лечение больной и, если да, то какое?

Эталон ответа:

1. У больной клиника острого аппендицита, осложненного аппендикулярным инфильтратом.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с опухолью слепой кишки, реже с туберкулезом и актиномикозом.

3. Больную следует лечить в условиях хирургического стационара.

4. В связи с отсутствием признаков абсцедирования показано консервативное лечение до полного рассасывания аппендикулярного инфильтрата (постельный режим, щадящая диета, локальная гипотермия тканей, антибиотикотерапия, предусматривающая использование антибиотиков широкого спектра действия) и активное динамическое наблюдение за больной.

5. При абсцедировании аппендикулярного инфильтрата необходимо вскрытие и дренирование гнойника, причем предпочтителен внебрюшинный доступ к зоне расположения абсцесса.

Через 3–4 месяца после рассасывания аппендикулярного инфильтрата и выписки больной из стационара показана плановая аппендэктомия для предотвращения рецидива заболевания.

2

У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, повысилась температура тела. Она носит гектический характер. Болей в области операционной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс – 110 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитов в крови – $18,0 \times 10^9/\text{л}$. В области раны воспалительной реакции нет. В легких при аускультации и рентгенологическом исследовании патологии не выявлено.

Задание:

1. О каком осложнении острого аппендицита можно думать?
2. Какие дополнительные исследования следует применить для уточнения диагноза?
3. Какова лечебная тактика?
4. Как будете лечить больного?
5. Если потребуются хирургическая операция, каким оперативным доступом воспользуетесь?

Эталон ответа:

1. Ранний послеоперационный период осложнился абсцессом дугласова пространства.
2. Необходимо пальцевое ректальное исследование, при котором можно выявить нахождение передней стенки прямой кишки (и/или флюктуацию).

3. Необходимо предпринять экстренную хирургическую операцию.

4. Показано «вскрытие» и дренирование абсцесса.

5. Абсцесс пунктируют через переднюю стенку прямой кишки. Получив гной, его вскрывают по игле остроконечным скальпелем и дренируют резиновой трубкой на 24–48 часов. После операции головному концу кровати следует придать возвышенное положение.

3

Больной 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1–3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая «ниша», располагающаяся на задней стенке ближе к малой кривизне антрального отдела желудка.

Задание:

1. Чем осложнилось течение заболевания?
2. Почему изменился характер болей?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?
4. Как будете лечить больного?
5. Каковы особенности оперативного лечения больных с данным осложнением?

Эталон ответа:

1. Язвенная болезнь желудка осложнилась пенетрацией.
2. Характер болей изменился в связи с тем, что язва пенетрировала в поджелудочную железу (поэтому боли стали иррадиировать в поясницу и приобрели опоясывающий характер).
3. Целесообразно определение альфа-амилазы мочи. Показана эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тканей, образующих края язвенного дефекта.
4. Больному показана дистальная резекция желудка.
5. Язва желудка может войти в состав макропрепарата, в противном случае при выполнении дистальной резекции желудка дно язвы может быть оставлено на органе, в который она пенетрировала.

Критерии оценки решения ситуационных задач

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на все вопросы ситуационной задачи.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на поставленные вопросы, однако допускает при этом ошибки непринципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом решает ситуационную задачу, при ответах на вопросы задания допускает серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент НЕ решает задачу, даёт неправильные ответы на поставленные вопросы, отказывается от ответа.

Контрольные вопросы и задания

1

В чем заключается симптом Кохера-Волковича?

Эталон ответа:

Этот симптом у больных с острым аппендицитом заключается в постепенном перемещении болей из эпигастральной области в правую подвздошную.

2

В чем заключается симптом Курвуазье?

Эталон ответа:

У больных с желтухой при пальпации в правом подреберье определяется увеличенный и безболезненный желчный пузырь.

3

Каковы особенности грыжи Рихтера?

Эталон ответа:

При грыже Рихтера имеет место пристеночное ущемление, причем ущемляется часть стенки кишки по противобрыжеечному краю. Просвет кишки при этом полностью не нарушен.

4

Каковы особенности грыжи Майдля?

Эталон ответа:

Это так называемое ретроградное ущемление, при котором в грыжевом мешке находятся две петли кишечника, причем промежуточная петля располагается в брюшной полости (именно в этой петле могут наступить некротические изменения).

5

Какие стадии (степени тяжести) перитонита Вам известны?

Эталон ответа:

- I стадия – легкая, без нарушения функций внутренних органов (стадия компенсации);
- II стадия – перитонит средней степени тяжести (стадия субкомпенсации) с нарушением функций одного из органов (легких, почек, печени);
- III стадия – тяжелый и крайне тяжелый перитонит (стадия декомпенсации) с недостаточностью функций 2–3 органов и более, тяжелая форма системной реакции организма на воспаление.

Критерии оценки при собеседовании

Оценка «Отлично» – студент правильно и полно отвечает на контрольные вопросы.

Оценка «Хорошо» – студент в целом правильно отвечает на контрольные вопросы, однако допускает при этом ошибки не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно» – студент с трудом отвечает на контрольные вопросы и допускает при этом серьезные ошибки.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент неправильно отвечает на поставленные вопросы.

Критерии итоговой оценки за экзамен

Оценка «Отлично» – студент получает положительные оценки (за исключением оценки «Удовлетворительно») по предварительным этапам экзамена (задания в тестовой форме, практические навыки) и оценку «Отлично» по собеседованию (ситуационная задача и контрольные вопросы).

Оценка «Хорошо» – студент получает положительные оценки по предварительным этапам экзамена (допускается оценка «Удовлетворительно» по одному из предварительных этапов) и оценку «Хорошо» по собеседованию.

Оценка «Удовлетворительно» – студент получает положительные оценки по предварительным этапам экзамена (допускается оценка «Неудовлетворительно» по одному из предварительных этапов) и оценку «Удовлетворительно» по собеседованию.

Оценка «Неудовлетворительно» – студент получает неудовлетворительные оценки по предварительным этапам экзамена или одну оценку «Неудовлетворительно» (по тестам или практическим навыкам) и оценку «Неудовлетворительно» по собеседованию.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

а). Основная литература:

1. Гостищев, Виктор Кузьмич. Общая хирургия : учебник / Виктор Кузьмич Гостищев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 727 с. - ISBN 978-5-9704-3878-7. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/62678/default>. – Текст : непосредственный.
2. Петров, Сергей Викторович. Общая хирургия : учебник / Сергей Викторович Петров. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 767 с. - ISBN 978-5-9704-1572-6. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/43531/default>. – Текст : непосредственный.

б). Дополнительная литература:

1. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 томах / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008 - 2013. – Текст : непосредственный.
Т. 1. – 2008. – 858 с. - ISBN 978-5-9704-0674-8. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52127/default>.
Т. 2. – 2013. – 825 с. - ISBN 978-5-9704-2572-5. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52128/default>.
Т. 3. – 2010. – 1002 с. - ISBN 978-5-9704-1544-3. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52129/default>.
2. Ковалёв, Александр Иванович. Общая хирургия. Курс лекций : учебное пособие / Александр Иванович Ковалёв. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2013 . – 754 с. - Библиогр.: с. 752-754. - ISBN 978-5-9986-0120-0. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/56698/default>. – Текст : непосредственный.

в). Электронный ресурс:

1. Гостищев, В. К. Общая хирургия : учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР Медиа, 2020. - 736 с. - ISBN 978-5-9704-5612-5. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970456125.html> – Текст : электронный.
2. Петров, С. В. Общая хирургия : учебник / С. В. Петров [и др.]. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 832 с. - ISBN 978-5-9704-5605-7. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970456057.html> – Текст : электронный.
3. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия : обследование пациента / Н. А. Кузнецов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5488-6. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454886.html> – Текст : электронный.
4. Методика обследования хирургического больного. Подготовка академической истории болезни : учебно-методическое пособие для подготовки студентов к занятиям по общей хирургии, обучающихся по специальностям "Лечебное дело" и "Педиатрия" / Э. М. Аскеров, А. Н. Сергеев, Е. М. Мохов [и др.] ; Тверской государственный медицинский университет. – 208 Кб. – Тверь : [б. и.], 2020. – 45 с. – URL : http://192.168.16.5/SoftUnicode/Modules/Notices/FSAffNotice.php?IdNotice=108101&Format=ISBD&IdSession=SSN_5 (дата обращения: 26.02.2021). – Текст : электронный.

Модуль «Хирургические болезни»

а). Основная литература:

1. Хирургические болезни : учебник : в 2 томах / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – ISBN 978-5-9704-3997-5. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75213/default>. – Текст : непосредственный.

Т. 1. - ISBN 978-5-9704-3998-2. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75214/default>.

Т. 2. - ISBN 978-5-9704-3999-9. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75215/default>.

2. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2017. – 991 с. - Библиогр.: с. 985. - ISBN 978-5-9704-3984-5. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75370/default>.

– Текст : непосредственный.

б). Дополнительная литература:

1. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 томах / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008 - 2013.

– Текст : непосредственный.

Т. 1. – 2008. – 858 с. - ISBN 978-5-9704-0674-8. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52127/default>.

Т. 2. – 2013. – 825 с. - ISBN 978-5-9704-2572-5. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52128/default>.

Т. 3. – 2010. – 1002 с. - ISBN 978-5-9704-1544-3. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/52129/default>.

2. Мерзликин, Н. В. Хирургические болезни : учебник : в 2 томах / Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Текст : непосредственный.

Т. 1. - ISBN 978-5-9704-3456-7. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/62716/default>.

Т. 2. - ISBN 978-5-9704-3457-4. - URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/62717/default>.

3. Черноусов, А. Ф. Хирургические болезни. Руководство по обследованию больного : учебное пособие / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, Н. А. Кузнецов. – Москва : Практическая медицина, 2016. – 283 с. - Библиогр.: с. 281-283. - ISBN 978-5-98811-274-7. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/76920/default>. – Текст : непосредственный.

4. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия : обследование пациента / Н. А. Кузнецов. – Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2020. – 150 с. - Библиогр.: с. 144-145. - ISBN 978-5-9704-5488-6. – URL : <http://192.168.16.5/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/106829/default>.

– Текст : непосредственный.

в). Электронный ресурс:

1. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин [и др.]. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-5438-1. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454381.html>

–Текст : электронный.

2. Кузнецов, Н. А. Клиническая хирургия : обследование пациента / Н. А. Кузнецов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5488-6. - URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970454886.html>

– Текст : электронный.

2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Типовые тестовые задания и типовые ситуационные задачи по общей хирургии и хирургическим болезням, а также темы по УИРС оформлены в виде приложения к рабочей программе дисциплины.

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

- **eLIBRARY.RU** - Российский информационный портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты более 13 млн. научных статей и публикаций. На платформе eLIBRARY.RU доступны электронные версии более 2000 российских научно-технических журналов, в том числе более 1000 журналов в открытом доступе - <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

- **Всемирная организация здравоохранения** - сайт содержит новости, статистические данные по странам, входящим во всемирную организацию здравоохранения, информационные бюллетени, доклады, публикации ВОЗ и многое другое - <http://www.who.int/ru/>

- **Министерство образования и науки Российской Федерации** - официальный ресурс Министерства образования и науки Российской Федерации. Сайт содержит новости, информационные бюллетени, доклады, публикации и многое другое - <https://минобрнауки.рф/>

- **Федеральный портал «Российское образование»** - единое окно доступа к образовательным ресурсам. На данном портале предоставляется доступ к учебникам по всем отраслям медицины и здравоохранения - <http://www.edu.ru/>

- **БД «Российская медицина»** - создается в ЦНМБ, охватывает весь фонд, начиная с 1988 года. База содержит библиографические описания статей из отечественных журналов и сборников, диссертаций и их авторефератов, а также отечественных и иностранных книг, сборников трудов институтов, материалы конференций и т.д. Тематически база данных охватывает все области медицины и связанные с ней области биологии, биофизики, биохимии, психологии - <http://www.scsml.rssi.ru/>

- **Портал Электронная библиотека диссертаций** - в настоящее время Электронная библиотека диссертаций РГБ содержит более 919 000 полных текстов диссертаций и авторефератов - <http://diss.rsl.ru/?menu=disscatalog/>

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016.
2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOffice-Pro.
4. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»
5. Платформа Microsoft Teams

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

- Электронная библиотечная система «Консультант студента» - <https://www.studentlibrary.ru/>
- Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (до 01.08.2024 г.) - <https://www.rosmedlib.ru/> - с 01.09.2024 г. – «MedBaseGeotar» - справочно-информационная система – mbasegeotar.ru
- Электронная библиотечная система «elibrary» - <https://www.elibrary.ru/defaultx.asp>
- PubMed - бесплатная система поиска в крупнейшей медицинской библиографической базе данных MedLine - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины размещены в ЭИОС университета.

V. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Приложение № 2

VI. Научно-исследовательская работа студента

Научно-исследовательская работа студентов организована в рамках деятельности кружка СНО. Практикуются реферативные сообщения и проведение научных исследований с последующими выступлениями на заседаниях кружка СНО кафедры и итоговых студенческих конференциях ТГМУ, а также публикации в сборниках студенческих работ.

VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Приложение № 3

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

ОПК – 5

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

– методику выявления жалоб, сбора анамнеза жизни и заболеваний, осмотра и физикального обследования, определения клинической картины заболевания, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний, лабораторных и инструментальных исследований; показания к проведению исследований, правила интерпретации полученных результатов; международную статистическую классификацию болезней (МКБ) и состояния, которые требуют оказания неотложной медицинской помощи.

Примеры заданий в тестовой форме

1. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ СОТЯСЕНИЯ МОЗГА?

- а) ретроградная амнезия
- б) усиление рефлексов
- в) учащение пульса
- г) расширение зрачков
- д) глубокое ритмичное дыхание

Эталон ответа: а

2. ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- а) отеками
- б) гиперпигментацией кожи голеней
- в) образованием язв на голенях
- г) дерматитом
- д) всем названным

Эталон ответа: д

3. СИМПТОМОМ КАКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ИСТЕЧЕНИЕ ЛИКВОРА ИЗ УША ПОСЛЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ?

- а) ушиба головного мозга
- б) сотрясения головного мозга
- в) перелома свода черепа
- г) перелома основания черепа
- д) блокады диафрагмального нерва

Эталон ответа: г

4. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ «ХОЛОДНЫЙ АБСЦЕСС»?

- а) остеомиелите

- б) пандактилите
- в) туберкулезном коксите
- г) фурункулезе
- д) актиномикозе

Эталон ответа: в

5. ПРИ КАКОМ ВИДЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕНИСТАЯ КРОВЬ?
- а) носовом
 - б) пищеводном
 - в) желудочном
 - г) легочном
 - д) кишечном

Эталон ответа: г

6. КАКОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ СООТВЕТСТВУЕТ СИНДРОМУ КУРВУАЗЬЕ?
- а) увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой
 - б) увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки
 - в) желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перитонеальные явления
 - г) отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости
 - д) выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия

Эталон ответа: а

7. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ТАЗОВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВОСПАЛЕННОГО АППЕНДИКСА:
- а) Щеткина–Блюмберга
 - б) Ровзинга
 - в) резкая болезненность при ректальном исследовании
 - г) напряжение мышц в правой подвздошной области
 - д) Крымова

Эталон ответа: в

8. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КЛАПАНОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА:
- а) Пратта
 - б) Оппеля
 - в) Троянова–Тренделенбурга
 - г) маршевая (Дельбе–Пертеса)
 - д) Мейо-Пратта

Эталон ответа: в

9. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) эзофагогастродуоденоскопия

- б) УЗИ
- в) лапароцентез
- г) лапароскопия
- д) обзорная рентгеноскопия

Эталон ответа: г

10. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) гематурия
- б) наличие свищевого отверстия на коже промежности
- в) выделение алой крови в конце акта дефекации
- г) боли внизу живота
- д) диарея

Эталон ответа: б

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования

1

Классификация ран по характеру повреждения в зависимости от вида травмирующего агента.

Эталон ответа:

- резаные
- колотые
- рубленые
- ушибленные
- размозженные
- рваные
- укушенные
- отравленные
- смешанные
- огнестрельные

2

Растяжение (определение, клиника, лечение).

Эталон ответа:

Повреждение, возникающее при внезапном и очень сильном движении, пре-вышающем пределы эластичности связок, сухожилий и мышц, но с сохранением их анатомической целостности, называется растяжением.

Растяжение связок.

Как правило, встречается растяжение связок голеностопного (чаще) и коленного (реже) суставов. Клинические проявления растяжения аналогичны таковым при ушибе тканей: локальная болезненность, припухлость, отек тканей, болезненность при движении в суставе.

Лечение: покой, давящая повязка, локальная гипотермия тканей в 1-е сутки после травмы, в последующем – тепловые процедуры (с целью рассасывания кро-воизлияния). Сразу после повреждения тканей показано применение хлорэтила. При его использовании струю препарата из ампулы следует направлять на бо-лезненный участок. Это позволяет устранить боль, умень-шить кровоизлияние и отек мягких тканей.

3

Свищи (определение).

Как классифицируются свищи по характеру свищевого канала?

Эталон ответа:

Свищ – это патологически образовавшийся или искусственно созданный канал, выстланный эпителием или грануляционной тканью, соединяющий различные органы или полости между собой или с наружной поверхностью тела, выделяющий продукты воспаления, секреты или содержимое этих органов и полостей.

Существуют различные классификации свищей.

По характеру свищевого канала выделяют:

- наружный свищ, когда свищевой ход открывается на поверхность тела;
- внутренний свищ, при котором свищевой ход соединяет между собой полые органы или очаг патологии с их просветом;
- полный свищ, когда содержимое органа полностью выделяется через свищевой ход;
- неполный свищ, при котором содержимое органа частично поступает наружу, а частично имеет нормальный транзит;
- губовидный свищ, при котором слизистая оболочка органа непосредственно соприкасается с кожей, и закрыть его можно только оперативным путем;
- трубчатый свищ, когда существует канал между полым органом и внешней средой, выстланный эпителием или грануляциями, что позволяет ему в ряде случаев самостоятельно закрыться.

4

Абсцесс (клиническая картина).

Эталон ответа:

При абсцессе имеют место местные и общие проявления.

Местные симптомы зависят от локализации абсцесса. Для этой формы характерны болевой синдром и нарушение функций вовлеченных в воспалительный процесс органов и тканей. При поверхностном расположении абсцесса над областью гнояника, как правило, выражены припухлость и гиперемия кожи. При глубоком расположении абсцесса эти симптомы отсутствуют. Важный признак этого заболевания – симптом флюктуации. Данный симптом может отсутствовать в том случае, если стенка абсцесса имеет большую толщину, а полость небольшая и находится в глубине.

Выраженность симптомов интоксикации зависит от размеров и локализации абсцесса. При обширных абсцессах наблюдается выраженная общая реакция: повышение температуры тела, общая слабость, потеря аппетита, бессонница, изменение состава крови. Характерны колебания утренней и вечерней температуры тела с амплитудой до 1,5–3,0°C.

5

Что такое гнойный плеврит и эмпиема плевры

Классификация эмпиемы плевры.

Эталон ответа:

Гнойный плеврит представляет собой диффузное или ограниченное воспаление висцерального и париетального листков плевры, сопровождающееся пропотеванием в плевральную полость гнойного экссудата.

Скопление гноя в плевральной полости называется эмпиемой плевры.

Классификация эмпиемы плевры:

По этиологии:

- гнойная неспецифическая,
- гнилостная,
- туберкулезная,
- смешанная.

По происхождению:

- спонтанная,
- раневая,
- посттравматическая,
- послеоперационная,

- осложняющая течение пневмонии,
- метастатическая.

По клиническому течению:

- острая,
- хроническая.

По виду:

- эмпиема без деструкции легочной ткани,
- эмпиема с деструкцией легочной ткани.

По протяженности:

- тотальная,
- распространенная,
- ограниченная.

6

Какие факторы способствуют развитию варикозного расширения вен нижних конечностей?

Эталон ответа:

Затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей, несостоятельность остиального клапана большой подкожной вены, относительная клапанная недостаточность глубоких вен, сброс крови из глубоких вен в поверхностные через коммуникантные или перфорантные вены с несостоятельными клапанами.

7

Какие функциональные пробы используются для оценки проходимости глубоких вен голени?

Эталон ответа:

Маршевая проба Дельбе-Пертеса и проба Мейо-Пратта.

8

В чем заключается сущность пробы Опделя?

Эталон ответа:

Сущность пробы Опделя заключается в побледнении подошвенной поверхности стопы.

9

Какими симптомами сопровождается разрыв полого органа при закрытой травме живота?

Эталон ответа:

Разрыв полого органа при закрытой травме живота сопровождается наличием свободного газа под правым куполом диафрагмы и перитонеальными симптомами.

10

Какие признаки проникающего ранения брюшной полости являются достоверными?

Эталон ответа:

Истечение мочи или кишечного содержимого из раны, а также выпадение сальника или петель кишечника из раны.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

– выявлять факторы риска и причины развития заболеваний, выявлять жалобы больных, собирать анамнез жизни и заболеваний, проводить осмотр и физикальное обследование больных, интерпретировать полученные результаты, диагностировать наиболее распространенную патологию, формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований, направлять больных на различные исследования и консультации к врачам-специалистам, интерпретировать результаты клинических и дополнительных методов обследования, а также консультаций врачами-специалистами, проводить дифференциальную диагностику заболеваний, выявлять клинические признаки остро возникающих заболеваний и состояний при обострении хронических заболеваний, требующих оказания неотложной медицинской помощи.

Примеры ситуационных задач

1

Больная 60 лет получила ожог кипятком передней брюшной стенки. После травмы возникла сильная боль в зоне поражения, сознание не теряла. Вскоре на коже появились большие напряженные пузыри, содержащие жидкость желтого цвета и небольшие пузыри с серозным экссудатом. Пострадавшая вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в отделение комбустиологии. При осмотре: состояние средней тяжести. Жалобы на сильные боли в области ожогов. Пульс – 92 в 1 минуту. АД – 150/100 мм рт. ст. Местно: часть больших пузырей повреждена, эрозивные поверхности в области поврежденных пузырей красного цвета, влажные, чувствительность при инструментальной пальпации снижена, видны устья потовых желез. В некоторых крупных пузырях имеется желеобразное содержимое желтоватого цвета.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Профилактику каких видов инфекции необходимо проводить?

Каким должно быть лечение пострадавшей?

Эталон ответа:

Термический ожог передней брюшной стенки II и III степени.

Необходимо проводить профилактику гнойной инфекции и столбняка.

Обезболивающая, антибактериальная, инфузионная и симптоматическая терапия. Местно: вскрытие больших пузырей, обработка обожженной поверхности фурацилином, наложение повязок с синтомициновой эмульсией или ма-зями на гидрофильной основе.

2

Больная 30 лет поступила в приемное отделение районной больницы через 10 часов от начала заболевания с диагнозом «отморожение пальцев обеих стоп». Из анамнеза известно, что накануне пострадавшая переохладила ноги, находясь длительное время на улице в морозный день. При поступлении больная предъявляет жалобы на жгучие боли в пальцах обеих стоп и кожный зуд. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Дыхательных и гемодинамических расстройств нет. Частота дыхательных движений – 16 в 1 минуту. Частота сердечных сокращений – 80 в 1 минуту. Артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях синхронный, хорошего наполнения. Местный статус: кожные покровы пальцев обеих стоп бледные с синюшным оттенком, прохладные на ощупь, чувствительность сохранена, но несколько снижена. В первые сутки пребывания пациентки в хирургическом стационаре на коже пальцев обеих стоп появились мелкие пузыри с серозным содержимым.

Задание:

Какова предположительно степень отморожения у данной больной?

Какой период отморожения на момент поступления в стационар?

Какую первую помощь следовало оказать пациентке на догоспитальном этапе?

Какие группы лекарственных средств применяются в раннем реактивном периоде?

Эталон ответа:

У пострадавшей II степень отморожения пальцев стоп.

Ранний реактивный период.

На догоспитальном этапе следовало провести мероприятия по согреванию нижних конечностей. Необходимо погрузить нижние конечности в таз с водой, подогретой до температуры 18–20°C, и в течение 20–30 минут повышать температуру воды до 39–40°C, одновременно проводя массаж стоп руками от периферии к центру. Затем конечности высушивают, обрабатывают раствором антисептика, надевают теплые шерстяные носки, дают горячий чай или кофе и направляют пациента в хирургический стационар.

В ранний реактивный период применяется инфузионная, дезинтоксикационная и спазмолитическая терапия. Наряду с этим назначаются антикоагулянты, антигистаминные препараты и средства, улучшающие микроциркуляцию.

3

В хирургическое отделение доставлен пострадавший, получивший термический ожог правой верхней конечности (плеча, предплечья и кисти). При осмотре в зоне поражения имеется ярко выраженная гиперемия кожных покровов и целые эпидермальные пузыри различного диаметра с серозным содержимым.

Задание:

Каким по глубине поражения является ожог в данном случае?

Какова степень ожога?

Какова примерная площадь ожоговой поверхности?

Перечислите основные мероприятия, проводимые при первой обработке ожоговой поверхности.

Возможно ли самостоятельное заживление ожогов у пострадавшего?

Эталон ответа:

В данном случае ожог поверхностный.

Термический ожог II степени.

Площадь ожоговой поверхности около 9% (правило девяток).

Предварительно необходимо выполнить адекватное обезболивание. Ожоговая поверхность и кожа вокруг обрабатывается фурацилином или иным антисептиком, крупные пузыри необходимо вскрыть, а отслоившийся эпидермис удалить. По окончании процедуры на ожоговую поверхность накладывается асептическая повязка или повязка с синтомициновой эмульсией.

При термических ожогах II степени, как правило, наблюдается эпителизация ожоговой поверхности без образования соединительнотканых рубцов.

4

Мужчина 47 лет доставлен в хирургическое отделение машиной скорой помощи с места получения травмы. Пострадавший 1 час 10 минут назад упал с высоты 3 м. При осмотре больной в сознании, лежит на левом боку с приведенными к животу ногами, неохотно отвечает на вопросы. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Пульс – 102 в минуту, мягкий, слабого наполнения. АД – 90/60 мм рт.ст. Определяются многочисленные садины в нижне-боковых отделах грудной клетки. Живот правильной формы,

участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, резко болезненный в левом подреберье и эпигастриальной области. Здесь же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Отмечается укорочение перкуторного звука по левому фланку живота, причем зона укорочения перемещается на правый фланк при повороте больного на правый бок.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Какое лабораторное исследование следует провести больному?

Можно ли получить дополнительную информацию при обзорной рентгенографии брюшной полости?

Эталон ответа:

Закрытая травма живота с повреждением органов брюшной полости.

Внутреннее скрытое кровотечение (разрыв селезенки).

Травматический (геморрагический) шок I-II степени.

Больному следует выполнить клинический анализ крови.

При обзорной рентгенографии брюшной полости дополнительной информации обычно получить не удастся.

5

Больному 46 лет, предъявляющему жалобы на постоянные боли в эпигастриальной области, стихающие на короткое время после еды, и заметное снижение веса, произведено рентгенологическое исследование желудка. При этом в нижней трети тела желудка на малой кривизне отчетливо выявлен симптом «ниши».

Задание:

Какой диагноз Вы поставите?

Какими методами исследования можно уточнить диагноз?

Эталон ответа:

На основании данных анамнеза и рентгенологического исследования (наличие «ниши» на малой кривизне желудка) следует поставить диагноз «Язвенная болезнь желудка».

Диагноз можно подтвердить с помощью эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией.

6

Больной, в течение 10 лет страдающий язвенной болезнью, во время очередного обострения поступил в стационар. В последнее время больной похудел. Он связывает это с боязнью принимать пищу из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. При обследовании врач пропальпировал в эпигастриальной области болезненное образование. Анализы крови и мочи без особенностей. Общая кислотность желудочного сока повышена. При рентгенологическом исследовании обнаружена гиперсекреция натошак, ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется «ниша» диаметром 2 см. Стенка желудка вокруг «ниши» ригидна, складки слизистой оболочки не выражены.

Задание:

Какой диагноз Вы поставите?

С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

Наиболее вероятно образование воспалительного инфильтрата вокруг язвы желудка (так называемый *ulcus-tumor*).

При наличии сомнений следует исключить рак желудка. Показана эзофаго-гастродуоденоскопия с прицельной биопсией.

7

Мужчина 47 лет доставлен в хирургическое отделение машиной скорой помощи с места получения травмы. Пострадавший 1 час 10 минут назад упал с высоты 3 м. При осмотре больной в сознании, лежит на левом боку с при-веденными к животу ногами, неохотно отвечает на вопросы. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Пульс – 102 в минуту, мягкий, слабого наполнения. АД – 90/60 мм рт.ст. Определяются многочисленные ссадины в нижне-боковых отделах грудной клетки. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, резко болезненный в левом подреберье и эпигастральной области. Здесь же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Отмечается укорочение перку-торного звука по левому фланку живота, причем зона укорочения перемещается на правый фланк при повороте больного на правый бок.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Какое лабораторное исследование следует провести больному?

Можно ли получить дополнительную информацию при обзорной рентге-нографии брюшной полости?

Эталон ответа:

Закрытая травма живота с повреждением органов брюшной полости.

Внутреннее скрытое кровотечение (разрыв селезенки).

Травматический (геморрагический) шок I-II степени.

Больному следует выполнить клинический анализ крови.

При обзорной рентгенографии брюшной полости дополнительной инфор-мации обычно получить не удастся.

8

Больному 46 лет, предъявляющему жалобы на постоянные боли в эпигаст-ральной области, стихающие на короткое время после еды, и заметное снижение веса, произведено рентгеноло-гическое исследование желудка. При этом в нижней трети тела желудка на малой кривизне от-четливо выявлен симптом «ниши».

Задание:

Какой диагноз Вы поставите?

Какими методами исследования можно уточнить диагноз?

Эталон ответа:

На основании данных анамнеза и рентгенологического исследования (наличие «ниши» на ма-лой кривизне желудка) следует поставить диагноз «Язвенная бо-лезнь желудка».

Диагноз можно подтвердить с помощью эзофагогастродуоденоскопии с при-цельной биоп-сией.

9

Больной, в течение 10 лет страдающий язвенной болезнью, во время очередного обострения поступил в стационар. В последнее время больной похудел. Он связывает это с боязнью при-нимать пищу из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. При обследовании врач пропальпировал в эпи-гастральной области болезненное образование. Анализы крови и мочи без особенностей. Общая кислотность желудочного сока повышена. При рент-генологи-ческом исследовании обнаружена гиперсекреция натошак, ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется «ниша» диаметром 2 см. Стенка желудка вокруг «ниши» ригидна, складки слизистой оболочки не вы-ражены.

Задание:

Какой диагноз Вы поставите?

С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа:

Наиболее вероятно образование воспалительного инфильтрата вокруг язвы желудка (так называемый *ulcus-tumor*).

При наличии сомнений следует исключить рак желудка. Показана эзофаго-гастродуоденоскопия с прицельной биопсией.

Практические навыки, входящие в данную компетенцию

- Сбор анамнеза.
- Клиническое обследование пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
- Проверка симптомов раздражения брюшины.
- Исследование грыжевых ворот.
- Выполнение функциональных проб с целью оценки состояния сосудов нижних конечностей.
- Оценка результатов клинических анализов.
- Оценка результатов биохимических анализов.
- Оценка результатов рентгенологических исследований.
- Пальцевое прижатие артерии на протяжении.
- Наложение стандартного кровоостанавливающего жгута.
- Наложение импровизированного жгута-закрутки.
- Остановка кровотечения путем максимального сгибания конечности.
- Наложение асептической повязки на рану.
- Наложение косыночной повязки.
- Выполнение транспортной иммобилизации путем наложения шин Крамера и Дитерихса.
- Внутримышечное введение обезболивающих препаратов.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

– навыками выявления факторов риска и причин развития заболеваний, выявления жалоб, сбора анамнеза жизни и заболеваний, осмотра и физикального обследования больных, диагностики наиболее распространенных заболеваний, формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов, интерпретации данных дополнительных обследований, постановки предварительного диагноза в соответствии с МКБ, проведения дифференциальной диагностики заболеваний, выявления состояний при остро возникающих заболеваниях и обострении хронических заболеваний, требующих оказания неотложной медицинской помощи.

Примеры заданий в тестовой форме

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ КРОВИ С ПОМОЩЬЮ ЦОЛИКЛОНОВ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРИ ТЕМПЕРАТУРЕ:
- а) 10-15°C
 - б) 15-20°C
 - в) 15-25°C
 - г) 20-30°C
 - д) 37-38°C

Эталон ответа: в

2. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ КАПЛЯ КРОВИ ДОЛЖНА БЫТЬ МЕНЬШЕ КАПЛИ ЦОЛИКЛОНА:
- а) в три раза
 - б) в пять раз
 - в) в десять раз
 - г) в двадцать раз
 - д) в пять-десять раз

Эталон ответа: д

3. ЕСЛИ ПРОИЗОШЛА АГГЛЮТИНАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ С ЦОЛИКЛОНАМИ АНТИ-А, АНТИ-В И АНТИ-АВ, ТО СЛЕДУЕТ:
- а) заменить цоликлоны
 - б) добавить в капли физиологический раствор
 - в) провести повторное исследование
 - г) провести пробу с физиологическим раствором
 - д) результат оценить как: группа крови АВ(IV)

Эталон ответа: г

4. ЕСЛИ ПРОИЗОШЛА АГГЛЮТИНАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ С ЦОЛИКЛОНАМИ АНТИ-А, АНТИ-В И АНТИ-АВ, РЕЗУЛЬТАТ МОЖНО ОЦЕНИТЬ КАК:
- а) O(I) группа
 - б) A(II) группа
 - в) B(III) группа
 - г) предположительно АВ(IV) группа
 - д) АВ(IV) группа

Эталон ответа: г

5. ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОЧИСТКА ИНСТРУМЕНТОВ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:
- а) мытье инструмента в моющем растворе, замачивание в моющем растворе, ополаскивание проточной водой, сушка
 - б) замачивание в моющем растворе, мытье в моющем растворе, ополаскивание проточной водой, ополаскивание дистиллированной водой, сушка
 - в) замачивание в моющем растворе, мытье проточной водой, ополаскивание дистиллированной водой, сушка
 - г) мытье проточной водой, замачивание в моющем растворе,

- ополаскивание проточной водой, ополаскивание дистиллированной водой, сушка
- д) мытье в моющем растворе, ополаскивание проточной водой, ополаскивание дистиллированной водой, сушка

Эталон ответа: б

6. ИГЛА ПРИ ПОДКОЖНОЙ ИНЪЕКЦИИ ВВОДИТСЯ ПОД УГЛОМ:
- а) 5-10 градусов
 - б) 15 градусов
 - в) 90 градусов (перпендикулярно)
 - г) менее 5 градусов
 - д) 45 градусов

Эталон ответа: д

7. ПО ОКОНЧАНИИ СТЕРИЛИЗАЦИИ В БИКСАХ СРАЗУ ЖЕ ВЫПОЛНЯЮТ:
- а) контроль стерильности
 - б) вынимают биксы из камеры автоклава
 - в) маркируют биксы
 - г) закрывают шторки боковых отверстий бикса
 - д) протирают биксы насухо

Эталон ответа: г

8. ЧАСТОТА ВДУВАНИЙ ВОЗДУХА ПРИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ:
- а) 5–6 в минуту
 - б) 12–18 в минуту
 - в) 20–22 в минуту
 - г) 23–25 в минуту
 - д) 26–28 в минуту

Эталон ответа: а

9. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ:
- а) на каждые 2 «вдувания» воздуха в легкие должно приходиться 30 надавливаний на грудину
 - б) на каждое «вдувание» воздуха в легкие должно приходиться 8 надавливаний на грудину
 - в) на каждое «вдувание» воздуха должно приходиться 15 надавливаний на грудину
 - г) на каждые 2 «вдувания» воздуха должно приходиться 15 надавливаний на грудину
 - д) на каждые 4 «вдувания» воздуха должно приходиться 15 надавливаний на грудину

Эталон ответа: а

10. МАССАЖ СЕРДЦА ПРИ ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

ОСУЩЕСТВЛЯЮТ С ЧАСТОТОЙ:

- а) 30 надавливаний в минуту
- б) 40 надавливаний в минуту
- в) 60 надавливаний в минуту
- г) 80 надавливаний в минуту
- д) 100 надавливаний в минуту

Эталон ответа: д

Примеры ситуационных задач

1

В хирургическое отделение в плановом порядке поступила больная с жалобами на боли в левой нижней конечности, наличие больших размеров дефекта кожи на левой голени. Известно, что больная длительное время страдает варикозным расширением вен левой нижней конечности. Около 9 лет назад перенесла тромбофлебит подкожных вен левой голени, а 4 года назад на медиальной поверхности левой голени в нижней трети появилась поверхностная рана до 3 см в диаметре. По этому поводу больная неоднократно лечилась амбулаторно и в стационаре, однако рана полностью не заживала. Со временем она становилась более обширной и глубокой. Объективно на медиальной поверхности левой голени в нижней трети определяется дефект кожных покровов размерами 6,0 x 4,0 x 0,3 см с подрытыми краями и бледными грануляциями по краям, дно дефекта покрыто фибрином и некротическими тканями. Подкожные вены левой нижней конечности расширены, ближайшие к дефекту ткани индуративно изменены и гиперпигментированы.

1. Как должен звучать полный диагноз?
2. Каков патогенез заболевания?
3. К каким осложнениям может привести заболевание?
4. В чем заключается консервативное лечение данного заболевания?
5. Какое хирургическое лечение проводится в подобных случаях?

Эталон ответа:

1. Варикозное расширение вен левой нижней конечности.
Трофическая язва левой голени.
2. В данном случае трофическая язва левой голени является результатом варикозного расширения вен левой нижней конечности.
3. Длительно незаживающая трофическая язва может осложниться крово-течением, малигнизацией.
Варикозное расширение вен может осложниться дерматитом, экземой, тромбофлебитом, лимфостазом.
4. Консервативное лечение варикозного расширения вен предусматривает применение флеботропных препаратов и компрессионной терапии. Консервативное лечение трофических язв предусматривает местное использование медикаментозных средств и физических факторов воздействия.
5. Хирургическое лечение заключается в оперативной коррекции венозного кровотока и, возможно, в аутодермопластике язвенного дефекта.

ОПК–6

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

– методы медикаментозного и немедикаментозного лечения; показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, механизм их действия, показания и противопоказания к их назначению, совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции; особенности оказания неотложной медицинской помощи.

Примеры заданий в тестовой форме

1. У БОЛЬНОЙ С АБСЦЕССОМ ЛЕГКОГО РАЗВИЛАСЬ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПИОПНЕВМОТОРАКСА. ВАШИ ДЕЙСТВИЯ?

- а) массивная антибиотикотерапия
- б) лечебная бронхоскопия
- в) дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия
- г) торакотомия и санация плевральной полости
- д) резекция доли, несущей полость абсцесса

Эталон ответа: в

2. К БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ:

- а) тампонаду кровоточащей раны печени сальником
- б) внутривенное капельное введение аминокaproновой кислоты
- в) назначение викасола
- г) внутримышечное введение аскорбиновой кислоты
- д) введение в кровоточащую рану тампона, смоченного раствором тромбина

Эталон ответа: а, в, д

3. К ХИМИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ОТНОСЯТ:

- а) внутривенное введение аминокaproновой кислоты
- б) внутримышечное введение викасола
- в) внутривенное введение лейкоцитарной массы
- г) внутриартериальное переливание крови
- д) внутривенное введение хлористого кальция

Эталон ответа: а, д

4. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ НАЧИНАЮТ С ПЕРЕЛИВАНИЯ:

- а) эритроцитной массы
- б) донорской крови
- в) кристаллоидных растворов
- г) коллоидных растворов
- д) плазмы

Эталон ответа: в, г

5. ПЕРВАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТКРЫТЫХ

**НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ
ВКЛЮЧАЕТ:**

- а) введение обезболивающих средств
- б) введение антибиотиков
- в) новокаиновую блокаду области перелома
- г) остановку кровотечения, закрытие раны стерильной повязкой, транспортную иммобилизацию
- д) внутривенное введение кровезаменяющих растворов

Эталон ответа: г

**6. ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ КРОВОТЕЧЕНИЕ
ОСТАНВЛИВАЮТ:**

- а) наложением зажима на сосуд в ране и тампонадой раны
- б) шунтированием сосуда
- в) пластикой сосуда
- г) сосудистым швом
- д) перевязкой на протяжении

Эталон ответа: а

**7. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ
КОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ШИНОЙ:**

- а) Дитерихса
- б) Герасимова
- в) Крамера
- г) Еланского
- д) гипсовой повязкой

Эталон ответа: в

Контрольные вопросы для индивидуального собеседования

1

Каков порядок действий при оказании первой помощи обожженным?

Эталон ответа:

- Прекращение действия термического агента.
- Охлаждение обожженных участков.
- Наложение асептических повязок.
- Обезболивание.

2

Как обеспечивается прекращение действия термического агента и охлаждение обожженных участков кожи?

Эталон ответа:

Пострадавшего необходимо как можно раньше «вынести из огня» и удалить с поверхности раскаленные предметы. Охлаждение обожженных участков достигается с помощью холодной воды, пузырей со льдом или снега в течение 10–15 минут.

Как при оказании первой помощи обожженным накладываются повязки и проводится обезболивание?

Эталон ответа:

Вначале аккуратно срезается одежда с обожженных частей тела и накладывается асептическая повязка с целью профилактики вторичного инфицирования (на лицо повязка не накладывается, оно обрабатывается вазелином).

При больших по площади ожогах целесообразно ввести наркотический анальгетик (например, морфий) и после этого начать внутривенное введение противошоковых кровезаменителей. Пострадавшего необходимо согреть (укутать, предложить выпить теплый чай) и назначить обильное щелочное питье. После оказания первой медицинской помощи необходимо как можно раньше доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

4

Как и кому проводится «туалет» ожоговой поверхности?

Эталон ответа:

Туалет ожоговой поверхности предшествует местному лечению ожогов. Эта процедура показана пострадавшим с ограниченными по площади ожогами без признаков ожогового шока. Туалет проводится после введения наркотических анальгетиков или под наркозом в асептических условиях и максимально осторожно.

Кожа в окружности места повреждения обрабатывается растворами анти-септиков, отслоившийся эпидермис и инородные тела удаляются. Загрязненные участки очищаются перекисью водорода. Крупные пузыри надсекаются у основания и опорожняются. «Покрышка» пузыря (отслоившийся эпидермис) не удаляется, она остается на раневой (эрозивной) поверхности и является своеобразной биологической повязкой, которая обеспечивает благоприятные условия для эпителизации.

5

В чем заключается первая помощь при отморожениях?

Эталон ответа:

При отморожениях необходимо:

- устранить действие повреждающего фактора – холода,
- согреть пострадавшие части тела,
- переодеть пострадавшего в сухую теплую одежду и дать горячее питье,
- при появлении болей – применить анальгетические средства.

Правила согревания пострадавших:

- согревание следует проводить постепенно («изнутри»), при этом рекомендуется обильное горячее питье, применение термоизолирующих повязок и препараты, улучшающие кровообращение;
- при выраженных повреждениях для согревания используют ванны с теплой водой, сначала вода должна быть комнатной температуры, через 20–30 минут температура повышается на 5°C, постепенно (в течение 1–2 часов) она доводится до температуры тела человека;
- для согревания и активизации кровообращения можно использовать растирания, для этого, как правило, применяют спирт или водку.

6

Какое заболевание можно предположить при выявлении геморрагического выпота в брюшной полости и очагов жирового некроза на брюшине?

Эталон ответа:

Можно предположить острый панкреатит.

7

Какой метод диагностики кисты поджелудочной железы наиболее информативен?

Эталон ответа:

Ультразвуковое исследование.

8

Какой метод диагностики перфоративных язв наиболее информативен?

Эталон ответа:

Лапароскопия.

9

Какой рентгенологический признак перфорации гастродуоденальной язвы является достоверным?

Эталон ответа:

Наличие свободного газа в брюшной полости.

10

Какой метод диагностики позволяет установить источник гастродуоденального кровотечения?

Эталон ответа:

Эзофагогастродуоденоскопия.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

– разрабатывать план лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями, предотвращать или устранять осложнения, возникающие в результате диагностических или лечебных манипуляций при применении лекарственных препаратов или немедикаментозных методов лечения, предусматривающих использование медицинских изделий.

Примеры ситуационных задач

1

Больная 60 лет получила ожог кипятком передней брюшной стенки. После травмы возникла сильная боль в зоне поражения, сознание не теряла. Вскоре на коже появились большие напряженные пузыри, содержащие жидкость желтого цвета и небольшие пузыри с серозным экссудатом. Пострадавшая вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в отделение комбустиологии. При осмотре: состояние средней тяжести. Жалобы на сильные боли в области ожогов. Пульс – 92 в 1 минуту. АД – 150/100 мм рт. ст. Местно: часть больших пузырей повреждена, эрозивные поверхности в области поврежденных пузырей красного цвета, влажные, чувствительность при инструментальной пальпации снижена, видны устья потовых желез. В некоторых крупных пузырях имеется желеобразное содержимое желтоватого цвета.

Задание:

Каков Ваш диагноз?

Профилактику каких видов инфекции необходимо проводить?

Каким должно быть лечение пострадавшей?

Эталон ответа:

Термический ожог передней брюшной стенки II и III степени.

Необходимо проводить профилактику гнойной инфекции и столбняка.

Обезболивающая, антибактериальная, инфузионная и симптоматическая терапия.

Местно: вскрытие больших пузырей, обработка обожженной поверхности фурацилином, наложение повязок с синтомициновой эмульсией или ма-зями на гидрофильной основе.

2

Больная 30 лет поступила в приемное отделение районной больницы через 10 часов от начала заболевания с диагнозом «отморожение пальцев обеих стоп». Из анамнеза известно, что накануне пострадавшая переохладила ноги, находясь длительное время на улице в морозный день. При поступлении больная предъявляет жалобы на жгучие боли в пальцах обеих стоп и кожный зуд. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Дыхательных и гемодинамических расстройств нет. Частота дыхательных движений – 16 в 1 минуту. Частота сердечных сокращений – 80 в 1 минуту. Артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях синхронный, хорошего наполнения. Местный статус: кожные покровы пальцев обеих стоп бледные с синюшным оттенком, прохладные на ощупь, чувствительность сохранена, но несколько снижена. В первые сутки пребывания пациентки в хирургическом стационаре на коже пальцев обеих стоп появились мелкие пузыри с серозным содержимым.

Задание:

Какова предположительно степень отморожения у данной больной?

Какой период отморожения на момент поступления в стационар?

Какую первую помощь следовало оказать пациентке на догоспитальном этапе?

Какие группы лекарственных средств применяются в раннем реактивном периоде?

Эталон ответа:

У пострадавшей II степень отморожения пальцев стоп.

Ранний реактивный период.

На догоспитальном этапе следовало провести мероприятия по согреванию нижних конечностей. Необходимо погрузить нижние конечности в таз с водой, подогретой до температуры 18–20°C, и в течение 20–30 минут повышать температуру воды до 39–40°C, одновременно проводя массаж стоп руками от периферии к центру. Затем конечности высушивают, обрабатывают раствором антисептика, надевают теплые шерстяные носки, дают горячий чай или кофе и направляют пациента в хирургический стационар.

В ранний реактивный период применяется инфузионная, дезинтоксикационная и спазмолитическая терапия. Наряду с этим назначаются антикоагулянты, антигистаминные препараты и средства, улучшающие микроциркуляцию.

3

В хирургическое отделение доставлен пострадавший, получивший термический ожог правой верхней конечности (плеча, предплечья и кисти). При осмотре в зоне поражения имеется ярко выраженная гиперемия кожных покровов и целые эпидермальные пузыри различного диаметра с серозным содержимым.

Задание:

Каким по глубине поражения является ожог в данном случае?

Какова степень ожога?

Какова примерная площадь ожоговой поверхности?

Перечислите основные мероприятия, проводимые при первой обработке ожоговой поверхности.

Возможно ли самостоятельное заживление ожогов у пострадавшего?

Эталон ответа:

В данном случае ожог поверхностный.

Термический ожог II степени.

Площадь ожоговой поверхности около 9% (правило девяток).

Предварительно необходимо выполнить адекватное обезболивание. Ожоговая поверхность и кожа вокруг обрабатывается фурацилином или иным антисептиком, крупные пузыри необходимо вскрыть, а отслоившийся эпидермис удалить. По окончании процедуры на ожоговую поверхность накладывается асептическая повязка или повязка с синтомициновой эмульсией.

При термических ожогах II степени, как правило, наблюдается эпителизация ожоговой поверхности без образования соединительнотканых рубцов.

4

В хирургическое отделение поступила больная 40 лет через 3 суток от начала заболевания. При поступлении она предъявляла жалобы на боли в правой подвздошной области, над лоном и в левой подвздошной области. Из анамнеза известно, что боли начались в эпигастральной области и через несколько часов мигрировали в правую подвздошную область. Через 12 часов боли распространились на все нижние отделы живота. При осмотре общее состояние больной тяжелое, в сознании, кожные покровы пониженной влажности, язык сухой. Пульс – 92 в минуту, АД – 110/80 мм рт. ст. Живот умеренно вздут и напряжен в нижних отделах. Пальпация в нижних отделах живота резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

Очевидно, что у больной имеет место деструктивный аппендицит, осложненный диффузным перитонитом.

Задание:

Обоснуйте характер и объем предоперационной подготовки в данном случае.

Назначьте послеоперационное лечение.

Эталон ответа:

Больной необходимо поставить зонд в желудок с целью эвакуации его содержимого и катетер в мочевого пузыря для учета почасового диуреза. Необходимо также катетеризировать центральную вену для введения кристаллоидов, коллоидов, антибиотиков широкого спектра действия. Объем инфузий необходимо согласовывать с почасовым диурезом, ЦВД и АД.

Назначается постельный режим, голод (до восстановления перистальтики кишечника), ненаркотические анальгетики. Проводится антибиотикотерапия (вначале эмпирическая, затем с учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам). Выполняется восполнение водноэлектролитного баланса растворами кристаллоидов (физиологический раствор хлорида натрия, раствор 5% глюкозы и Рингера, диссоль) и коллоидов (растворы ГЭК), которые позволяют длительно удерживать жидкость в кровеносном русле. Наряду с этим проводится коррекция нарушений функций других органов и систем.

5

Больная 56 лет поступила в стационар с картиной обострения хронического холецистита на

вторые сутки от начала приступа. Общее состояние больной было удовлетворительным. Температура – 38,1°C. Пульс – 92 в минуту. Живот болезнен только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Остальные отделы живота оставались спокойными. Больная получала консервативное лечение.

Внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота, температура тела повысилась до 40°C, а частота пульса – до 120 в минуту. Лейкоцитоз увеличился с $9,0 \times 10^9/\text{л}$ до $25,0 \times 10^9/\text{л}$. Живот вздут, определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всей правой половине живота.

Задание:

Что произошло с больной?

Какова должна быть тактика хирурга?

Эталон ответа:

У больной произошла перфорация желчного пузыря с развитием желчного перитонита. Больная нуждается в срочной операции. Во время вмешательства необходимо удалить желчный пузырь, провести ревизию желчных протоков, санировать и дренировать брюшную полость.

6

У больной 28 лет вскоре после приема пищи внезапно появились резкие боли в животе, которые затем приняли схваткообразный характер. Перестали отходить газы, не было стула. Была многократная рвота.

Общее состояние больной средней тяжести, беспокойна, стонет от боли. Пульс – 80 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут. В правой подвздошной области виден послеоперационный рубец (ранее перенесла аппендэктомию). При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика выслушивается. Определяется шум плеска. При обзорной рентгенографии брюшной полости отмечены повышенная пневматизация кишечника и горизонтальные уровни жидкости (чаши Клойбера).

Задание:

Поставьте диагноз.

Как нужно лечить больную?

Эталон ответа:

У больной спаечная кишечная непроходимость.

Если паранефральная блокада, введение спазмолитиков, сифонная клизма не дадут эффекта, больную следует оперировать. Показаны срединная лапаротомия, рассечение спаек, блокада корня брыжейки раствором новокаина. При нежизнеспособности кишки следует произвести резекцию пораженного фрагмента.

Практические навыки, входящие в данную компетенцию

- Сбор анамнеза.
- Клиническое обследование пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.
- Оказание первой помощи при ожогах и отморожениях.
- Наложение повязок на ожоговые раны.

- Формулировка предварительного диагноза.
- Оценка результатов клинических анализов.
- Оценка результатов биохимических анализов.
- Оценка результатов рентгенологических исследований.
- Формулировка клинического диагноза.
- Обоснование плана лечения.
- Выбор хирургического инструмента для оперативного лечения.
- Наложение эластических бинтов на нижние конечности.
- Ведение типовой медицинской документации.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

– навыками разработки плана лечения пациентов с наиболее распространенными заболеваниями и оказания неотложной медицинской помощи, назначения лекарственных препаратов и применения медицинских изделий, оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозных методов лечения, профилактики и лечения осложнений, побочных действий и нежелательных реакций, возникающих в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения, оказания неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях и обострениях хронических заболеваний.

Примеры заданий в тестовой форме
(один ответ правильный)

1. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ГРУППЫ КРОВИ С ПОМОЩЬЮ ЦОЛИКЛОНОВ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ РАСТВОР:

- а) следует добавлять сразу
- б) следует добавлять спустя минуту
- в) следует добавлять через 3 минуты
- г) следует добавлять через 3-5 минут
- д) не следует добавлять

Эталон ответа: д

2. ЕСЛИ С ЦОЛИКЛОНАМИ АНТИ-А, АНТИ-В, АНТИ-АВ НЕ ПРОИЗОШЛА АГГЛЮТИНАЦИЯ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ, РЕЗУЛЬТАТ МОЖНО ОЦЕНИТЬ КАК:

- а) O(I) группа
- б) A(II) группа
- в) B(III) группа
- г) АВ(IV) группа
- д) неправильный

Эталон ответа: а

3. ЕСЛИ ПРОИЗОШЛА АГГЛЮТИНАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ С ЦОЛИКЛОНАМИ АНТИ-А и АНТИ-АВ, РЕЗУЛЬТАТ МОЖНО ОЦЕНИТЬ КАК:

- а) O(I) группа
- б) A(II) группа
- в) B(III) группа
- г) AB(IV) группа
- д) неправильный

Эталон ответа: б

4. ЕСЛИ ПРОИЗОШЛА АГГЛЮТИНАЦИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ИССЛЕДУЕМОЙ КРОВИ С ЦОЛИКЛОНАМИ АНТИ-B и АНТИ-AB, РЕЗУЛЬТАТ МОЖНО ОЦЕНИТЬ КАК:

- а) O(I) группа
- б) A(II) группа
- в) B(III) группа
- г) AB(IV) группа
- д) неправильный

Эталон ответа: в

5. ПРАВИЛЬНАЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОБРАБОТКИ ИНСТРУМЕНТОВ ПОСЛЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ:

- а) промывание под проточной водой, дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация
- б) дезинфекция, промывание под проточной водой, предстерилизационная очистка, стерилизация
- в) замачивание в моющем растворе, дезинфекция, промывание под проточной водой, предстерилизационная очистка, стерилизация
- г) дезинфекция, замачивание в моющем растворе, промывание под проточной водой, предстерилизационная очистка, стерилизация
- д) дезинфекция, промывание под проточной водой, замачивание в моющем растворе, промывание под проточной водой, предстерилизационная очистка, стерилизация

Эталон ответа: д

6. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ТАЗА ИММОБИЛИЗАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- а) шинами Крамера
- б) шинами Дитерихса
- в) на щите в положении «на животе»
- г) на щите в положении «лягушки»
- д) с помощью циркулярной сдавливающей повязки

Эталон ответа: г

7. ИГЛА ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОЙ ИНЪЕКЦИИ ВВОДИТСЯ ПОД УГЛОМ:

- а) 5-10 градусов
- б) 15 градусов
- в) 90 градусов (перпендикулярно)
- г) менее 5 градусов
- д) 45 градусов

Эталон ответа: в

8. ИГЛА ПРИ ВНУТРИВЕННОЙ ИНЪЕКЦИИ ВВОДИТСЯ ПОД УГЛОМ:

- а) 5-10 градусов
- б) 15 градусов
- в) 90 градусов (перпендикулярно)
- г) менее 5 градусов
- д) 45 градусов

Эталон ответа: а

9. МАКСИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА СОСТАВЛЯЕТ:

- а) 30 минут
- б) 60 минут
- в) 90 минут
- г) 120 минут
- д) 180 минут

Эталон ответа: г

10. ТРОМБИН В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а) местно
- б) внутривенно
- в) внутриартериально
- г) интраперитонеально
- д) для эмболизации сосуда

Эталон ответа: а

Примеры ситуационных задач

1

К женщине 65 лет вызвана машина скорой медицинской помощи. Жалуется на сильные боли в области левого плечевого сустава, усиливающиеся при движениях. Больная 1,5 часа назад упала и ударилась левым плечом. Почувствовала сильную боль в левом плече, верхнюю конечность после этого не могла опустить, поддерживала ее правой рукой. При осмотре левая верхняя конечность находится в вынужденном положении. Область плечевого сустава деформирована, при пальпации в подмышечной области определяется плотное, почти безболезненное образование. Активные и пассивные движения конечности резко болезненны, ограничены.

1. Какую травму получила больная при падении?
2. Какая первая помощь должна быть оказана пострадавшей?
3. Какие дополнительные исследования позволят подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Перечислите основные симптомы и возможные осложнения данной травмы.
5. Какие способы лечения этого повреждения Вам известны?

Эталон ответа:

1. У больной можно предположить вывих левого плеча.
2. Необходима транспортная иммобилизация.
3. Для уточнения диагноза необходимо выполнить рентгенографию области левого плечевого сустава.
4. Характерны сильные боли в плечевом суставе, резко усиливающиеся при активных и пассивных движениях; вынужденное положение пораженной конечности, деформация в области плечевого сустава (в проекции головки плечевой кости определяется «западение»). Типичен симптом пружинящей фиксации конечности. Вывих может сопровождаться ущемлением нервов и повреждением сосудов.
5. Для вправления вывиха плеча применяют способы Кохера, Джане-лидзе и Гиппократа.

2

Мужчина 28 лет доставлен в хирургическое отделение машиной скорой медицинской помощи. Около часа назад по дороге на работу больной внезапно почувствовал очень сильную боль в животе. На момент поступления сохраняются интенсивные боли по всему животу, особенно в верхних его отделах. Заболеваний органов брюшной полости в прошлом не было.

Больной неподвижно лежит на спине с приведенными к животу ногами. Бледен. Температура тела – 37,5°C. Пульс – 92 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 135/85 мм рт. ст. Язык сухой. Живот не принимает участия в акте дыхания, плоский. При пальпации определяется выраженная болезненность в эпигастральной области и подреберьях. Отмечаются напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы вялые.

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести в данном случае?
3. Какова тактика хирурга при подтверждении предполагаемого диагноза?
4. Если потребуются хирургическое вмешательство, какой оперативный доступ целесообразен в сложившейся ситуации?
5. В чем состоит хирургическое лечение данного заболевания?

Эталон ответа:

6. Перфорация полого органа (возможно, это перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки).
7. Необходимо выполнить рентгенографию грудной клетки и брюшной полости с целью обнаружения газа под правым куполом диафрагмы.
8. Необходима экстренная лапаротомия и ревизия органов брюшной полости.
9. В данном случае целесообразно применить верхнюю срединную лапаротомию.
10. При перфоративной язве желудка или двенадцатиперстной кишки чаще выполняется ушивание перфоративного отверстия, реже – первичная резекция желудка. В последующем производится санация брюшной полости и, возможно, ее дренирование.

Справка

о материально – техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
«Общая хирургия, хирургические болезни»

№ п/п	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1	Учебная комната	Стол и стулья ученические; магнитно - маркерная доска; негатоскоп, комплект рентгенограмм по темам занятий; комплект хирургического инструментария. Жидкокристаллический телевизор для демонстрации презентаций и учебных материалов.
2	Помещения для самостоятельной работы	Компьютерный класс и библиотека университета.

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы

**Лист регистрации изменений и дополнений на 2024-2025 учебный год
в рабочую программу дисциплины
«Общая хирургия, хирургические болезни»**

для студентов 3,4 курсов

специальность: 31.05.03 Стоматология
форма обучения очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на заседании кафедры « » _____ 2024 г. (протокол №)

Зав. кафедрой

Сергеев А.Н.

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарии