

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 01.02.2018
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

УТВЕРЖДАЮ
И.о.ректора Л.М. Железнов
«27» июня 2018 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ **«Специальные вопросы в практической хирургии»**

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра Общей хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного Министерством образования и науки РФ «17»августа 2015г., приказ № 853.

2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:
Кафедрой общей хирургии «27» июня 2018 г. (протокол № 12)

Заведующий кафедрой /В.Х. Битеев/

Ученым советом педиатрического факультета «27» июня 2018 г. (протокол № 6)

Председатель ученого совета факультета О.Н. Любезнова

Центральным методическим советом «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Доцент кафедры общей хирургии /А.А. Шевченко/

Доцент кафедры общей хирургии /В.А. Фетисов/

Рецензенты

Заведующий кафедрой госпитальная хирургия ФГБОУ ВО Кировский ГМУ
Минздрава России, д.м.н., профессор
д.м.н., профессор

В.А. Бахтин

Заведующий хирургическим отделением
НУЗ Отделенческая клиническая больница
на станции Киров РЖД

Е.В. Гаар

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	4
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	7
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	7
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	7
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	7
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	8
3.4. Тематический план лекций	8
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	9
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	10
3.7. Лабораторный практикум	10
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	10
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	10
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	10
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	11
4.2.1. Основная литература	11
4.2.2. Дополнительная литература	11
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	11
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	12
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	12
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	13
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	15
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	15

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (раздела) состоит в формировании общепрофессиональных и профессиональных компетенций в соответствии с требованиями ФГОС ВО, в подготовке высококвалифицированных специалистов в области хирургии.

Изучение дисциплины предусматривает формирование у обучающихся студентов знаний общих основ хирургической деятельности, необходимых врачу-клиницисту независимо от его дальнейшей специализации.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

В рамках подготовки к медицинской деятельности:

- сформировать навыки диагностики заболеваний и патологических состояний у детей;
- способствовать формированию навыков диагностики неотложных состояний;
- сформировать навыки оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи детям в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
- сформировать навыки организации хирургической деятельности с соблюдением правил асептики в помещениях хирургического стационара и поликлиники, в отделениях реанимации и интенсивной терапии;
- сформировать навыки определения основных хирургических синдромов и диагностики основных видов гнойно-септических заболеваний и травм.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Специальные вопросы в практической хирургии» относится к блоку Б1. Дисциплины вариативной части, дисциплины по выбору.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины, формируются при изучении дисциплин: химия, физика, математика, биология, анатомия, гистология, эмбриология, цитология, нормальная физиология, история, философия, правоведение.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Факультетская хирургия, урология.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

- физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее - дети, пациенты);
- физические лица - родители (законные представители) детей;
- население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:

- медицинская

1.6. Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	ОК-8	Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этические, профессионально-культурные различия	32. Основные правила толерантного и бесконфликтного общения в поликультурном пространстве и нормы права, регулирующие особенности толерантного общения в медицинской сфере.	У2. Толерантно воспринимать различия в поликультурной среде, осуществлять профессиональную деятельность с учетом культурно-религиозных особенностей пациента.	В2. Способностью толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные особенности пациентов.	Тестовые задания. Собеседование. Ситуационные задачи. Презентация	Тестовые задания. Собеседование. Прием практических навыков
2.	ОПК-9	способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.	3.3 Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	У.3. Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания), направлять детей-подростков на лабораторно-	В.3. Правильным ведением медицинской документации; методиками общеклинического обследования.	Тестовые задания. Собеседование. Ситуационные задачи. Презентация	Тестовые задания. Собеседование. Прием практических навыков

				инструментальное обследование, проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.			
3.	ПК-6	Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем- X-пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.	3.3 Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля. Классификацию заболеваний внутренних органов (по МКБ -10 и клиническую)	У3 Назначить и оценить (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз.	В3 Навыком составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыком проведения дифференциального диагноза, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных специфических методов диагностики	Тестовые задания. Собеседование. Ситуационные задачи. Презентация	Тестовые задания. Собеседования. Прием практических навыков

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетные единицы, 72 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр № 7
1	2	3
Контактная работа (всего)	48	48
в том числе:		
Лекции (Л)	12	12
Практические занятия (ПЗ)	36	36
Семинары (С)		
Лабораторные занятия (ЛР)		
Самостоятельная работа (всего)	24	24
В том числе:		
- Презентация	4	4
- Другие виды самостоятельной работы (подготовка к занятиям, к текущему контролю, к промежуточной аттестации)	20	20
Вид промежуточной аттестации	зачет	зачет
Общая трудоемкость (часы)	72	72
Зачетные единицы	2	2

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	ОК-8 ОПК-9 ПК-6	Основы клинической хирургии.	<i>Лекции:</i> «Основы десмургии», «Острый живот», «Общая гнойная инфекция», «Хирургические паразитозы», «Основы хирургической тератологии», «Основы онкохирургии». <i>Практические занятия:</i> Основы амбулаторной хирургии. Организация скорой медицинской помощи при острых хирургических заболеваниях и травмах, Основы десмургии и лечения ран. Заболевания глубоких клетчаточных пространств. Заболевания серозных полостей. Профессиональная сердечно-лёгочная реанимация.

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин
		1
1	Факультетская хирургия, урология	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Основы клинической хирургии	12	34	-	-	24	70
	Вид промежуточной аттестации:	зачет					зачет
	Итого:	12	36	-	-	24	72

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудо-ем-кость (час)
				сем. 7
1	2	3	4	5
1	1	Основы десмургии	Десмургия – учение о повязках и способах их наложения. Понятие о перевязке, виды перевязочного материала. Основные виды повязок, их классификация: по виду перевязочного материала, по назначению, по способу фиксации перевязочного материала	2
2	1	Острый живот	Понятие «Острый живот». Причины «острого живота» (патоморфоз). Висцеральная колика. Дифференциальная диагностика и лечение острых хирургических заболеваний. Летальность при острых хирургических заболеваниях. Первая помощь и профилактика « Острого живота».	2
3	1	Общая гнойная инфекция.	Общая гнойная инфекция. Классификация сепсиса. Патогенез, стадии развития. Клиника и диагностика в различные фазы. Осложнения и танагенез. Хирургическая санация входных ворот и принципы комплексной терапии.	2
4.	1	Хирургические паразитозы	Этиопатогенез, клиника, диагностика и хирургическое лечение отдельных форм паразитозов: эхинококкоза, альвеококкоза, аскаридоза, описторхоза, амебиоза и др	2
5	1	Основы хирургической тератологии	Тератология как медицинская наука. Этиопатогенез аномалий развития и медикогенетический прогноз. Результаты хирургического лечения солитарных пороков	2
6.	1	Основы онкохирургии	Понятие о доброкачественных и злокачественных опухолях. Международная классификация злокачественных опухолей. Принципы диагностики рака. Организация онкологической службы. Виды радикального и паллиативного лечения злокачественных опухолей.	2
Итого:				12

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудо-емкость (час)
				сем. 7
1	2	3	4	5
1	1	Основы амбулаторной хирургии	Амбулаторная хирургия. Организация хирургической помощи в поликлинике. Разделы работы амбулаторного хирурга. Диспансеризация больных. Малая хирургия. Ведение документации	6
2	1	Организация скорой медицинской помощи при острых хирургических заболеваниях и травмах	Первая медицинская помощь. Организация службы СМП в регионах РФ. Медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях. Этапность оказания мед. помощи при острых хирургических заболеваниях и травмах	6
3	1	Основы десмургии	Десмургия – учение о повязках и способах их наложения. Понятие о перевязке, виды перевязочного материала. Основные виды повязок, их классификация: по виду перевязочного материала, по назначению, по способу фиксации перевязочного материала. Безбинтовые и бинтовые повязки, общие правила бинтования.	6
4	1	Гнойные заболевания глубоких клетчаточных пространств и железистых органов	Клиника и диагностика глубоких флегмон. Аппаратные и инструментальные методы. Глубокая флегмона шеи, гнойный медиастенит, глубокие флегмоны конечностей, флегмона забрюшинного пространства, парапроктит. Гнойный мастит. Гнойный паротит. Способы дренирования и программа общего и местного лечения	6
5	1	Заболевания серозных полостей	Гнойные заболевания серозных полостей. Топография. Особенности воспалительных процессов и принципы их диагностики и лечения. Классификация гнойного плеврита, этиология, патогенез, клинические проявления, особенности лечения. Классификация перитонита. Этиология и источники инфицирования. Патогенез. Клинические проявления. Лечение	6
6	1	Профессиональная сердечно-лёгочная реанимация	Реаниматология: основные понятия. Терминальные состояния: преагональное состояние, агония, клиническая смерть, биологическая смерть. Реанимационные мероприятия, показания и противопоказания к их проведению. Базовая и специализированная сердечно-лёгочная реанимация. Прогноз реанимационных мероприятий и постреанимационная болезнь.	4

			Юридические и моральные аспекты проведения реанимационных мероприятий. Интенсивная терапия и сердечно-лёгочная реанимация. Квалифицированная и специализированная хирургическая помощь.	
		Зачетное занятие	Тестирование, собеседование	2
Итого:				36

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	7	Основы клинической хирургии	Подготовка к занятиям, к текущему контролю, к промежуточной аттестации. Подготовка презентаций по теме.	24
Итого часов в семестре:				24
Всего часов на самостоятельную работу:				24

3.7. Лабораторный практикум – не предусмотрен учебным планом

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ – не предусмотрены

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

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

- *Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины*

- *Примерная тематика презентаций:*

1. Юридические и моральные аспекты проведения реанимационных мероприятий.
2. Современные виды перевязочного материала и способы его закрепления. Особенности лечения огнестрельных ран.
3. Виды гнойных маститов. Местное и общее лечение.
4. Особенности диагностики заболевания глубоких клетчаточных пространств и их лечение.
5. Виды плевритов. Консервативное и оперативное лечение.
6. Принципы диагностики и лечения перитонитов.
7. Особенности амбулаторного лечения и диспансеризация хирургических больных
8. Медицинская помощь при ЧС. Первая медицинская и квалифицированная, специализированная помощь. Особенности оказания медицинской помощи больным при острых хирургических заболеваниях.
9. Применение пункций с лечебной и диагностической целью.
10. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей и её коррекция.
11. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей и ее коррекция.
12. Острая артериальная и венозная недостаточность нижних конечностей, и ее коррекция.

1.Сборники тестовых заданий по общей хирургии для студентов лечебного и педиатрического факультетов (часть I и II) . Фетисов В.А.

Шевченко А.А. Гаар В.Г

2..Методическое указание по клиническому обследованию хирургического больного и правилам оформления истории болезни. Фетисов В.А.Шевченко А.А. Гаар В.Г

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Общая хирургия	Гостишев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г	100	+
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г	100	+
3.	General surgery: the manual	Gostishev V/K.	-М.:GEOTAR-Media, 2006	20	+
4	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+
2.	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
3.	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	РИС КГМА, 2012 г	100	-
4.	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	100	+
5	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	72	+
6	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	4	-

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

Образовательный сайт КГМУ: <http://student.kirovgma.ru/>

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685B-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по разделу

В процессе преподавания дисциплины используются следующие специальные помещения:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа: №1 Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД», г. Киров, Октябрьский пр. 151
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа: №1,2,3, кабинет доцента, адрес: Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД», г. Киров, Октябрьский пр. 151
- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций: №1,2, адрес: Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД», г. Киров, Октябрьский пр. 151
- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации №1,2,3, кабинет доцента, адрес: Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД», г. Киров, Октябрьский пр. 151

- помещения для самостоятельной работы: читальный зал библиотеки (1 уч. корпус)
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования: №1, 2 Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД», г. Киров, Октябрьский пр. 151

Используется следующее оборудование:

Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), ноутбук TOSHIBA SATELLITE C 560, ноутбук Lenovo Ideal Pad B 5070 Care, компьютер TP Corp Optima, Компьютер Max Selekt Elite, с выходом в интернет, мультимедийный проектор NEC M230x, BENQ MS506, экран, информационно-меловая доска (или доска для ведения записей маркерами), наборы демонстрационного оборудования, и учебно-наглядных пособий (наборы, плакаты, учебные рисунки по каждой теме практического занятия №32), лаборатории (лабораторная посуда и расходные материалы: набор сывороток и цоликлонов), наборы рентгенограмм (к темам практических занятий №19), Фантомы и муляжи (№9), иллюстрации.

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на разбор теоретических вопросов программы по общей хирургии и освоения практических навыков.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся. При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по:

- ✓ целенаправленному выяснению жалоб больного и истории развития заболевания;
- ✓ проведению объективного обследования хирургического больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- ✓ определению плана обследования хирургического больного с применением уточняющих методов обследования;
- ✓ по организации хирургической деятельности с соблюдением правил асептики в помещениях хирургического стационара и поликлиники, в отделениях реанимации и интенсивной терапии;
- ✓ осуществлению всех необходимых мероприятий по уходу за хирургическими больными;
- ✓ оказанию первой медицинской помощи на месте с определением вида транспортировки больного по назначению;
- ✓ выполнению типовых медицинских диагностических и лечебных процедур;
- ✓ работе в качестве среднего медицинского персонала в хирургических стационарах;
- ✓ определению основных хирургических синдромов и диагностике основных видов гнойно-септических заболеваний и травм.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного

на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении всех тем по дисциплине «Специальные вопросы в практической хирургии». На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к экзамену/зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области общей хирургии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций .

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебного дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по всем темам дисциплины «Специальные вопросы в практической хирургии».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Специальные вопросы в практической хирургии». и включает: Подготовка к лекции и практическим занятиям. Подготовка к текущему контролю. Подготовка к промежуточной аттестации. Подготовка презентаций. Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме собеседования в ходе занятий, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, демонстрации презентаций.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием собеседования, тестового контроля, решения типовых ситуационных задач,

Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с

базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Кафедра общей хирургии

Приложение А к рабочей программе дисциплины

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
«Специальные вопросы в практической хирургии»**

Специальность - 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

Раздел 1. Основы клинической хирургии

Тема 1.1: Основы амбулаторной хирургии.

Цель: Ознакомить студентов с организацией, устройством, оснащением и принципами работы хирургической службы поликлиники.

Задачи: Ознакомить с порядком амбулаторного приема хирургических больных. Изучить хирургическую документацию в поликлинике. Рассмотреть порядок госпитализации плановых и экстренных больных. Изучить вопросы диспансеризации хирургических больных.

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Структура хирургической службы поликлиники и объём консервативно-оперативного лечения.
2. Организация и оснащение хирургического кабинета.
3. Порядок амбулаторного приёма хирургических больных. Стационар одного дня.
4. Хирургическая документация в поликлинике.
5. Диспансеризация хирургических больных.

2. Практическая работа

Со студентами проводится ролевая игра « Приём амбулаторного хирургического больного». Студенты знакомятся с правилами заполнения и ведения учётной и отчётной документации в поликлинике :

Формы : №

- талон на приём к врачу;
- статистический талон для регистрации заключительных диагнозов;
- медицинская карта амбулаторного больного с листом для записей уточнённых диагнозов;
- выписка из истории болезни амбулаторного, стационарного больного;
- талон-направление к врачам нехирургического профиля;
- процедурный лист;
- карта больного, направленного на физиотерапевтическое лечение;
- книга записи вызовов врачей на дом по неотложной помощи;
- книга регистрации больных, направленных на госпитализацию;
- книга записей заключений ВКК;
- книга регистрации выданных листов временной нетрудоспособности;
- справка о временной нетрудоспособности студентов;
- справка о болезни, карантине ребёнка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение;

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

- 1) Алгоритм разбора задач изложен выше
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пример задачи с разбором по алгоритму:

На приём к хирургу поликлиники обратился больной с болями в животе. После опроса, осмотра и дополнительных методов обследования больного ему был поставлен диагноз хирургом поликлиники – острый аппендицит.

Каков план действий хирурга поликлиники относительно данного больного?

1. Хирург должен написать направление больному с острым аппендицитом в экстренное хирургическое отделение, в котором должен указать паспортные данные больного и данные обследований, которые были проведены в поликлинике.
2. Вызвать машину « Скорой помощи» для доставки больного в экстренное хирургическое отделение.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Больному с переломом наружной лодыжки правой голени была наложена гипсовая повязка на область правой голени и стопы. Через 3 дня у больного появились боли в области правой пятки, по

поводу чего он обратился к хирургу поликлиники. Было принято решение - снять повязку и осмотреть болезненный очаг. После снятия повязки в области правой пятки были обнаружены пузыри с прозрачным содержимым.

Что за повреждение?

Что явилось причиной данного повреждения?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы самоконтроля.

1. Устройство, оснащение, принцип работы хирургического кабинета поликлиники.
2. Какие операции проводятся хирургическим больным в поликлинике?
3. Что представляет собой стационар одного дня?
4. Основная хирургическая документация в поликлинике.
5. Группы диспансерных хирургических больных.
6. Права и обязанности хирурга поликлинике.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Соотнесите уровни оказания медицинской помощи в регионе.

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| а) ФАП; | 1) первая врачебная помощь; |
| б) врачебная амбулатория; | 2) доврачебная хирургическая помощь; |
| в) ЦРБ; | 3) квалифицированная помощь; |
| г) Областная больница; | 4) специализированная помощь; |

2. Организационные мероприятия асептики включают:

- 1) использование одноразового белья, шовного материала, инструментария;
- 2) дезинфекцию рук персонала перед каждым контактом с больным и после него;
- 3) выявлению и санацию бактерионосителей в стационаре;
- 4) первичную хирургическую обработку ран;
- 5) применение антибиотиков

Выберите правильную комбинацию ответов.

- а) 3, 4; б) 1, 2, 3; в) 2, 3, 4; г) 3, 4, 5; д) 1, 5.

3) Укажите современный способ контроля стерильности медицинских изделий после тепловой обработки:

- а) способ Микулича;
- б) бак. посев из материала;
- в) плавкость кристаллических веществ;
- г) по показателям манометра автоклава и термометра сухожарового шкафа;
- д) ленточные индикаторы.

4) Каким способом обработки рук перед операцией можно достичь полной их стерильности?

- а) спиртовым раствором хлоргексидина;
- б) по Спасокукоцкому – Кочергину;
- в) бетадином;
- г) первомуром;
- д) не одним из перечисленных.

5) Действие протеолитических ферментов при гнойных процессах заключаются в:

- а) лизисе некротизированной ткани;
- б) повышении свёртываемости крови;
- в) фибринолизе;
- г) потенцировании действия антибиотиков;
- д) антибактериальное действие.

6) Укажите формы местной антибиотикотерапии?

- а) эндолимфатическая;
- б) инфильтрационная;
- в) в дренажи ран и полостей;
- г) инстилляций в полости через микроирригаторы;
- д) внутримышечная антибиотикотерапия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 1, 4, 5; в) 2, 4, 5; г) 2, 3, 4; д) 3, 4, 5.

7) Гипертонический раствор натрия хлорида применяют при:

- а) ПХО ран;
- б) лечении чистых гранулирующих ран;
- в) стерилизации режущих инструментов;
- г) дренировании инфицированных ран и полостей;
- д) наложении примочек.

8) Основная опасность продолжительного дренирования протоковых систем через естественные отверстия связано с:

- а) с возможность нанесения травмы;
- б) развитием пролежней слизистых;
- в) кровотечением;
- г) развитием восходящей и общей инфекции;
- д) дисфункции секретирующего органа.

9) При подозрении постинфекционный абсцесс в первую очередь показано:

- а) наложение согревающего компресса;
- б) физиотерапии;
- в) выполнение разреза;
- г) выполнение диагностической функции инфильтрата;
- д) наложение мажевой повязки.

10) Важнейшим в диагностике Дугласова пространства является:

- а) ректороманоскопии;
- б) лапароскопия;
- в) пальпация живота;
- г) пальцевое исследования прямой кишки и трансанальная пункция;
- д) рентгенография брюшной полости.

11) Клиническими признаками острого желудочно-кишечного кровотечения являются все перечисленные кроме:

- а) рвоты типа «кофейной гущи» (гематомезис);
- б) бледности кожных покровов и холодного пота;
- в) болей в эпигастрии;
- г) дегтеобразного стула (мелена);
- д) тахикардией и гипотензии.

12) Наиболее частым источников кровотечения из верхних отделов ЖКТ является:

- а) желудочная язва;
- б) дуоденальная язва;
- в) рак желудка;
- г) синдром Маллори-Вейсса;
- д) геморрагический гастрит.

13) Для остановки капиллярного кровотечения из раны достаточно применить:

- а) кровоостанавливающий жгут;
- б) тугую тампонаду раны;
- в) внутривенное введение гемостатиков;
- г) асептическую давящую повязку;
- д) прижатие артерии на протяжении.

14) В поликлинику онкодиспансера обратилась женщина на наличие плотного узла в верхненаружном квадранте молочной железы. Какое исследование в первую очередь необходимо?

- а) дуктография;
- б) маммография;
- в) пункционная биопсия;
- г) лимфография;
- д) термография молочной железы.

15) Ведущим методом уточнения факта и характером перелома костей является:

- а) осмотр;
- б) пальпация;
- в) УЗИ;
- г) рентгенография;
- д) доплерометрия.

16) Иммобилизация перелома костей гипсовой повязкой применяется во всех случаях кроме:

- а) перелома диафиза без смещения;
- б) после удачной репозиции перелома со смещением отломков;
- в) при наличии психических отклонений у пострадавшего (алкогольной делирии, при черепно-мозговой травме);
- г) при множественных повреждениях и шоке;
- д) при диафизарных переломах с нарушением магистрального кровотока.

17) Достоверными признаками проникающего ранения брюшной полости являются:

- а) напряжение мышц брюшной стенки;
- б) выпадение петель кишечника или сальника из раны;
- в) симптомы раздражения брюшины;
- г) истечение мочи или кишечного содержимого из раны;

Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б; 2) б, в; 3) б, г; 4) в, г; 5) а, в.

18) Что характерно для термического ожога II степени?

- а) обратимая сосудистая реакция;
- б) отслойка эпидермиса и поражение кожи до сосочкового слоя;
- в) некроз верхушек сосочкового слоя;
- г) некроз всей толщи кожи;
- д) обугливание.

- 19) При оказании ПМП при химическом ожоге пищевода:
- зондовое промывание пищевода и желудка водой;
 - назначение обезболивающих и седативных средств в инъекциях;
 - приём молока;
 - все верно;
 - все неверно.

- 20) Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита на первом месте стоит:
- геморрой;
 - повреждении слизистой прямой кишки при медицинских манипуляциях;
 - микротравма слизистой каловыми массами;
 - ранения прямой кишки;
 - воспалительные заболевания тазовых органов.

Ответы на тестовые задания

1 –а-2, б-1, в-3, г-4; 2-б; 3-д; 4-д; 5-а; 6-г; 7-г; 8-г; 9-г; 10-г; 11-в; 12-б; 13-г; 14-в; 15-г; 16-д; 17-в; 18-б; 19-г; 20-в.

Подготовить презентацию по теме: « Права и обязанности хирурга поликлиники ».

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/K. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.2: Первичная и вторичная хирургическая обработка ран. Коррекция раневых осложнений и аномалий раневого процесса.

Цель: . Способствовать формированию у студентов знаний о разнообразии ран как основного вида хирургической патологии и лечения ран различного происхождения, раневых осложнений и аномалий раневого процесса.

Задачи:

- изучить определение понятий и классификацию ран по различным критериям;
- обучить распознаванию отличий идеальной операционной раны от раны случайной не идеальной по условиям получения, и от раны, осложненной гнойной инфекцией с максимальным нарушением хода раневого процесса;
- изучить аномалии раневого процесса, возникающие в различные фазы заживления ран.

4. рассмотреть модель оптимального хода раневого процесса на примере чистой операционной раны, заживающей первичным натяжением косметичным и функциональным рубцом без особого лечения (*Wulnus optima – cicatrix optima!*);
5. изучить этапное лечение случайной раны путем оказания первой непрофессиональной помощи, скорой медицинской помощи, общей врачебной и квалифицированной хирургической помощи, рассматривая ПХО как способ инструментальной идеализации случайной раны – условной стерилизации механическим способом антисептики;
6. обучить приемам перевязочного и инструментального лечения гнойной раны в различные фазы ее заживления.

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария.

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня. Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами. Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

2. Ответить на вопросы по теме занятия

- 1) разобрать принципы лечения идеальной операционной раны в различные фазы заживления её (первичное соединение швами однородных тканей, профилактика инфекции, гемостаз, холод и компрессия на рану, дренаж, обезболивание, функциональный покой, реабилитация, сроки снятия кожных швов и ношения поддерживающего бандажа);
- 2) обсудить, что делать сестре и врачу при развитии местных раневых осложнений в операционной ране – обнаружении кровотечения, гематомы, инфильтрата, нагноения, эвентрации в рану?
- 3) разобрать принципы лечения случайной раны: при оказании СМП (обезболивание, гемостаз, профилактика инфекции наложением первичной стерильной повязки из ИПП, транспортная иммобилизация, инфузионная терапия шока и кровопотери, быстрейшая адресная госпитализация);
- 4) разобрать сроки оказания и технику ПХО случайной раны в поликлинике или на госпитальном этапе как способ инструментальной стерилизации и идеализации случайной раны, различия глухого и провизорного швов раны, значение антибактериальной профилактики и терапии для заживления раны первичным натяжением;

- 5) разобрать принципы общего и местного перевязочного и хирургического лечения гнойной раны (ВХО, санация раны, дренирование, стимуляция заживления лекарствами репаратного местного и общего действия), ускорение процесса заживления раны вторичным натяжением наложением ранних и поздних вторичных швов на рану;
- 5) указать проблемы длительно незаживающих ран и трудности лечения образующихся «дикого мяса», трофических язв и келоидных рубцов.

2. Практическая работа

Выполняется на фантомах ран с использованием учебных наборов инструментов, расходных материалов и лекарств. Под руководством преподавателя проводятся наблюдения за завершением хирургических операций наложением послойных швов и дренированием ран, при возможности за выполнением ПХО случайных ран. В палатах и перевязочных кабинетах студентам показывают больных с операционными ранами и дренажами, технику снятия кожных швов. В гнойной перевязочной под контролем перевязочной сестры и врача студенты проводят этапные лечебные перевязки с различными снадобьями в зависимости от хода заживления гнойных ран. По историям болезней и ситуационным задачам проводится разбор тактики лечения оперированных больных при развитии аномалий раневого процесса.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

- 1) Алгоритм разбора задач изложен выше
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной доставлен в хирургическое отделение с обширной ушиблено-рваной раной средней трети левого бедра через сутки после получения травмы. Из полости раны вытекает серозно-гнойное отделяемое со сгустками крови. Дно и края раны участками покрыты фибринозно-гнойным налетом.

В какой фазе раневого процесса находится рана? Какое местное лечение проводить больному? Может ли быть выполнена отсроченная ПХО раны?

- а) пострадавший поступил поздно с осложненной неблагоприятной раной
- б) необходимо провести оптимальное лечение для ускорения санации и заживления раны, провести профилактику неспецифических и специфических инфекционных осложнений
- в) в приемном покое сделать раненому ревакцинацию СА 0,5 (был привит 5 лет назад), в перевязочной обработать края раны антисептиком, промыть полость 3% раствором перекиси водорода и водным раствором хлогексидина биглюконата, засыпать трипсин и тампонировать полость раны с гипертоническими гелями (левомеколь, диоксиколь), наложить асептическую повязку. В отделении назначить постельный режим и терапию антибиотиками широкого спектра, ежедневные перевязки до очищения раны и возможности наложения вторичных ранних или поздних швов.
- г) ПХО в условиях инфекции раны противопоказана, антибиотикотерапия необходима для подавления инфекции в ране и возможных раневых осложнений – околораневого рожистого воспаления и сепсиса.

д) ревакцинация СА предупредит развитие столбняка, правильная перевязочная техника и общая антибактериальная терапия исключат расширение инфекционного процесса, оптимизация раны наложением вторичных швов во 2-й или 3-й фазе раневого процесса ускорит заживление.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

У больного после вскрытия постинъекционного абсцесса в верхнем наружном квадранте правой ягодицы имеется рана размером 12 на 3 см. Края раны покрыты яркими сочными грануляциями с серозным отделяемым. Налеты и отек раны отсутствуют. Температура тела нормальная. В какой фазе раневого процесса находится рана? Какое местное лечение необходимо проводить для ускорения заживления?

В хирургическое отделение доставлен больной с резаной раной правого плеча размером 3-8-3 см, полученной только что. Хирург освежил под местной анестезией края раны до мышц, остановил кровотечение, промыл антисептиками и ушил рану наглухо.

Следовало ли рану дренировать? Что бы Вы поставили в качестве дренажа в рану, и на какой срок стояния? Необходима ли больному профилактика раневой инфекции?

В приемный покой доставлен пострадавший с обширной скальпированной раной волосистой части головы. Станочная травма произошла 1,5 часа тому назад. От столбняка привит в плановом порядке

Какой объем квалифицированной помощи должен быть оказан хирургом больному?

В поселковый ФАП попутным транспортом доставлен пострадавший, которому во время работы циркулярной пилой отрезало II и III пальцы правой кисти. На культю наложена стерильная повязка из ИПП. Отрезанные пальцы сохранены и привезены сопровождающим в чистой салфетке с собой.

Какую этапную помощь следует оказать пострадавшему?

У больного на 4-е сутки после аппендэктомии по поводу острого деструктивного аппендицита на фоне стихания вновь появились пульсирующие боли в области послеоперационной раны, появилась фебрильная лихорадка, лейкоцитоз.

О чем следует думать? Какова тактика местного лечения раны?

У пожилой больной на 7-е сутки после лапаротомии по поводу острого деструктивного холецистита при приступе кашля возникли боли в области послеоперационной раны, промокание наклейки серозным отделяемым. При исследовании хирургом раны под линией кожных швов определяется эластичное выбухание брюшной стенки и выслушивается кишечная перистальтика. Какое осложнение раневого процесса развилось и как помочь больной?

4. Задания для групповой работы

Ролевая игра «Первичная хирургическая обработка случайной раны и перевязка гнойной раны»

Участники игры: пострадавший, хирург поликлиники, перевязочная медицинская сестра.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы самоконтроля.

1) Укажите основные различия чистых операционных ран, загрязненных бактериями случайных ран и осложненных гнойных ран, подчеркните различия хода раневого процесса в них;

2) Как ухаживать за асептической повязкой и дренажными устройствами в операционной ране и что делать при развитии местных осложнений?

3) Какие лечебные мероприятия проводятся при оказании СМП раненому, получившему случайную рану?

4) Чем отличается бактериальное загрязнение (контаминация) и заражение ран? Почему укушенные, отравленные и огнестрельные раны являются особо опасными?

5) В чем универсальность учения о раневом процессе и значимость его для врачей общей практики и хирургов в особенности?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Облигатными клиническими признаками раны являются:

- 1) боль;
- 2) кровоточивость;
- 3) зияние краёв;
- 4) крепитация;
- 5) патологическая ригидность.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1 и 3; в) 2 и 4; г) 4, 5; д) все указанные.

2. Операционная рана – хирургический доступ - идеальна в силу:

- а) асептичности;
- б) анатомичности;
- в) завершенности гемостаза;
- г) атравматичности условий нанесения;
- д) всех вышеперечисленных обстоятельств.

3. Чем определяется степень зияния краев раны?

- а) глубиной повреждения;
- б) повреждением нервных стволов;
- в) повреждением фасций;
- г) повреждением мышц и сухожилий;
- д) соотношением с линиями Лангера.

4. В какой случайной ране более вероятно развитие инфекции?

- а) резаной;
- б) укушенной;
- в) рубленной;
- г) расположенной на лице;
- д) скальпированной.

5. Огнестрельная рана характеризуется:

- 1) наличием входного отверстия меньшего размера, чем выходное;
- 2) наличием зоны разрушения;
- 3) наличием зоны ушиба и некроза;
- 4) наличием зоны молекулярного сотрясения;
- 5) наличием зоны ожога;
- 6) асептичностью раневого канала.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 3, 5; б) 3, 5, 6; в) 1, 2, 5, 6; г) 1, 2, 3, 4; д) верно всё.

6. Различают следующие виды заживления ран:

- 1) путем вторичного рассасывания гематомы;
- 2) путем биологического слипания тканей;
- 3) вторичным натяжением;
- 4) первичным натяжением;

- 5) под повязкой;
- 6) под гипсовой лонгетой;
- 7) под струпом.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 5; б) 5, 6, 7; в) 3, 4, 7; г) 3, 4, 5; д) верно всё.

7. Необходимым условием для первичного заживления раны является:

- 1) наличие в ране очагов некроза и гематом;
- 2) соприкосновение краев раны;
- 3) сохранение жизнеспособности краев раны;
- 4) небольшая зона повреждения;
- 5) бактериальная обсемененность раны выше критического уровня.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3; б) 2, 5; в) 2, 3; г) 4, 5; д) верно всё.

8. Какие фазы раневого процесса принято выделять в настоящее время?

- 1) воспаления;
- 2) регенерации и пролиферации;
- 3) гидратации;
- 4) дегидратации;
- 5) реорганизации рубца и эпителизации.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 5; б) 2, 4, 5; в) 1, 4, 5; г) 1, 3, 4; д) 3, 4, 5.

9. Для фазы воспаления в течении раневого процесса характерно:

- 1) изменение проницаемости стенок сосудов;
- 2) восполнение грануляционной тканью раневого дефекта;
- 3) миграция фагоцитов в область раны;
- 4) контактная ингибция пролиферации эпителиоцитов;
- 5) синтез основного вещества и набухание коллагеновых волокон.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 4; б) 2, 4, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 3, 5; д) 2, 3, 4.

10. Для фазы регенерации и пролиферации в течении раневого процесса характерно:

- 1) ацидоз;
- 2) замещение фибрина капиллярами и коллагеновыми волокнами;
- 3) восполнение раневого дефекта грануляционной тканью;
- 4) действие ингибитора пролиферации эпителиоцитов;
- 5) уменьшение содержания воды в рубцовой ткани.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 3, 4, 5; в) 2, 3, 4; г) 1, 3, 4; д) 2, 4, 5.

11. Для первичного заживления раны необходимым условием является:

- а) плотное сопоставление краёв раны;
- б) наличие сгустка крови в ране;
- в) наличие в ране инородного тела;
- г) наличие в ране дренажей и тампонов;
- д) наличие загрязняющей инфекции.

12. Для фазы реорганизации рубца в течении раневого процесса характерно:

- 1) перестройка богатой коллагеновыми волокнами рубцовой ткани;

- 2) приобретение рубцовой тканью устойчивости на разрыв;
- 3) уменьшение содержания воды в рубцовой ткани;
- 4) миграция лейкоцитов в область раны;
- 5) замещение фибрина капиллярами и коллагеновыми волокнами.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 3, 4, 5; в) 1, 2, 5; г) 2, 3, 4; д) 2, 4, 5.

13. Укажите лучше заживающий вид ран:

- а) рубленые;
- б) осколочные;
- в) пулевые;
- г) резаные;
- д) укушенные.

14. Три фазы в ходе заживления проходят:

- а) любые раны;
- б) раны, заживающие первичным натяжением;
- в) раны, заживающие вторичным натяжением;
- г) чистые (асептические) раны;
- д) гнойные раны.

15. Развитию нагноения в ране способствует всё, кроме:

- а) загрязнения критическим количеством патогенной микрофлоры;
- б) наличия мёртвых тканей;
- в) наличия инородных тел;
- г) сложности формы раневого дефекта;
- д) раневого кровотечения.

16. К благоприятным внешним признакам раневого процесса в открытой ране относятся:

- 1) наличие ярко розовых грануляций;
- 2) большое количество фибрина в ране;
- 3) незначительное количество фибрина;
- 4) вялые бледно розовые грануляции;
- 5) отсутствие некротизированных тканей.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 5; в) 2, 3, 4; г) 2, 4, 5; д) 3, 4, 5.

17. К неблагоприятным внешним признакам раневого процесса в открытой ране относятся:

- 1) отсутствие в ране некротизированных тканей;
- 2) плохо выраженные бледно-розовые грануляции;
- 3) наличие значительного количества фибрина;
- 4) отсутствие в ране сгустков крови;
- 5) наличие значительного количества экссудата.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1, 2, 5; в) 2, 3, 5; г) 2, 3, 4; д) 3, 4, 5.

18. Укажите пути эндогенной бактериальной контаминации ран:

- 1) через не стерильный хирургический инструмент;
- 2) проникновение из полого органа;

- 3) через руки медперсонала;
- 4) из гнойно-воспалительного выпота брюшной полости;
- 5) с током лимфы и крови из очага воспаления.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 4, 5; б) 1, 2, 3; в) 1, 3, 4; г) 1, 2, 5; д) 2, 3, 4.

19. По степени инфицированности выделяют раны:

- а) гнойные, асептические, отравленные;
- б) асептические, скальпированные, гнойные;
- в) укушенные, свежеинфицированные, асептические;
- г) гнойные, свежеинфицированные, заражённые;
- д) гнойные, загрязнённые, асептические.

20. Чем объясняется наличие зоны молекулярного сотрясения в огнестрельной ране?

- а) давлением на ткани снаряда с большой энергией;
- б) пульсацией клеток в зоне раневого канала;
- в) волнообразным движением стенок канала;
- г) изменением осмотического давления;
- д) массой снаряда.

21. Дифференцируйте виды раневой инфекции по макроскопической картине в ране:

- | | |
|---------------------|---|
| а) гнойная; | 1) наличие гноя и фибрина, участки некрозов чередуются с грануляциями; |
| б) гнилостная; | 2) некротизирующий фасцит, целлюлит с мутно-коричневым экссудатом и пузырьками газа; |
| в) клостридиальная; | 3) трудноудалимый фибринозный налёт в ране с серо-коричневыми краями; |
| г) токсическая; | 4) некротизирующий миозит с отсутствием гноя и грануляций, напряжённый отёк и газ в тканях. |

22. Исключите неправильное утверждение. При бешенстве –

- а) заражение возможно в результате попадания слюны больного животного в рану;
- б) наиболее ярким синдромом является гидрофобия;
- в) средством спасения является своевременная вакцинация;
- г) при развившейся клинике бешенства возможно излечение;
- д) вакцинации подлежат все укушенные подозрительными на бешенство неизвестными животными.

23. Какие манипуляции проводят при ПХО раны?

- 1) иссечение краёв раны;
- 2) остановку кровотечения;
- 3) удаление из раны инородных тел;
- 4) промывание раны антибиотиками;
- 5) иссечение дна раны;
- 6) иссечение стенок раны.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 4, 5; б) 1, 2, 3, 5, 6; в) 2, 3, 4, 5; г) 1, 2, 4, 5; д) верно всё.

24. Через какое время микробы в ране обычно начинают проявлять свою активность?

- а) 1-4 часа;
- б) 6-8 часов;
- в) 10-12 часов;
- г) 14-18 часов;
- д) 24 часа.

25. Критическим уровнем микробной обсеменённости раны на 1 грамм ткани/1 см² поверхности считается:

- а) 10^2 - 10^3 микробных тел;
- б) 10^3 - 10^4 микробных тел;
- в) 10^5 - 10^6 микробных тел;
- г) 10^7 - 10^8 микробных тел;
- д) 10^9 - 10^{10} микробных тел.

26. В какие сроки надо произвести ПХО раны у пострадавшего, доставленного в состоянии тяжёлого шока?

- а) сразу при поступлении;
- б) сразу после выведения раненого из шока;
- в) через 2 часа после поступления;
- г) на следующий день;
- д) после гемотрансфузии.

27. Дном раны является кость. Как произвести ПХО раны?

- а) иссечь надкостницу;
- б) выскоблить кость острой ложечкой;
- в) снять верхний слой надкостницы распатором;
- г) трепанировать кость;
- д) иссечь только края и стенки раны.

28. Профилактика раневой инфекции при открытой травме (случайной ране) осуществляется прежде всего:

- а) первичной асептической повязкой;
- б) антибиотикотерапией;
- в) промыванием раны антисептиками;
- г) своевременно выполненной ПХО раны;
- д) иммобилизацией конечности.

29. При ПХО огнестрельной раны выполняют всё, кроме:

- а) рассечения стенок раны и иссечения первичного некроза;
- б) окончательной остановки кровотечения;
- в) обкалывания краёв раны антибиотиками;
- г) иссечения зоны молекулярного сотрясения;
- д) удаления инородных тел из раневого канала.

30. Координируйте сроки выполнения ПХО случайной раны в мирное время:

- | | |
|-----------------|-----------------------------------|
| а) ранняя; | 1) 24 часа после травмы; |
| б) отсроченная; | 2) на первой неделе; |
| в) поздняя; | 3) 48 часов после травмы; |
| | 4) на второй неделе после травмы; |
| | 5) 72 часа после травмы. |

31. Вторичная ХО раны подразумевает:

- а) второе по счёту хирургическое вмешательство;
- б) наложение вторичных швов;
- в) кожную пластинку для закрытия раны;
- г) хирургическое вмешательство при развитии инфекции в ране;
- д) восстановительные операции (швы сухожилия, нерва, остеосинтез).

32. Координируйте виды швов на рану:

- | | |
|---------------------------|---|
| а) первичный; | 1) мобилизация краёв, иссечение рубцов, иногда кожная пластика; |
| б) первичный отсроченный; | 2) накладывается после ПХО провизорно (не завязывая); |
| в) вторичный ранний; | 3) накладывается и завязывается по окончании ПХО раны; |
| г) вторичный поздний; | 4) накладывается на гранулирующую рану без иссечения краёв. |

33. Укажите основное показание к наложению первично-отсроченного шва:

- а) шок;
- б) большая кровопотеря;
- в) трудность в сведении краёв раны после ПХО;
- г) возможность развития инфекции;
- д) ранение нерва.

34. Физическим способом санации гнойной раны является:

- а) промывание стерильными растворами;
- б) тампонада с гипертоническими растворами, гелями;
- в) широкое вскрытие раны;
- г) применение ферментов-некролитиков;
- д) некрэктомия в ране.

35. Укажите химический способ санации гнойной раны при вторичной ХО её:

- а) засыпание протеолитических ферментов;
- б) орошение антисептиками;
- в) применение УФО и УЗ кавитации раны;
- г) широкое вскрытие раны;
- д) проточное дренирование раны.

36. После ранней ПХО в ране осталась часть сомнительно жизнеспособной ткани. Что необходимо сделать?

- а) ушить рану наглухо;
- б) ушить с резиновым выпускником;
- в) оставить открытой, рыхло затампонировав;
- г) ушить с дренажом по дну раны;
- д) оставить открытой под повязкой.

37. Для местного лечения гнойных ран в фазе воспаления применяют:

- 1) мази на жировой основе;
- 2) протеолитические ферменты;
- 3) мази на гиперосмолярных основах;
- 4) промывание антисептиками;
- 5) активная иммунизация.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2; б) 1, 2, 3; в) 2, 3, 4; г) 1, 5; д) 1, 4, 5.

38. Какой шов можно наложить на открытую рану на 8 сутки после ПХО?

- а) первичный глухой;
- б) провизорный;
- в) первично отсроченный;
- г) ранний вторичный;
- д) поздний вторичный.

39. При проникающем ранении брюшной полости обязательно должны быть выполнены:

- 1) ПХО раны;
- 2) лапароцентез;
- 3) рентгеноскопия брюшной полости;
- 4) диагностическая лапаротомия;
- 5) лапароскопия.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3; б) 2, 4; в) 3, 5; г) 1, 4; д) 3, 4.

40. Что не следует применять при лечении гнойной раны в фазе регенерации?

- а) витаминотерапию;
- б) сближение краёв раны вторичными швами;
- в) повязки с гиперосмолярными средствами;
- г) повязки с репаратными мазями;
- д) переливание альбумина и растворов аминокислот.

Эталон ответов: 1. –а; 2. –д; 3. –д; 4. –б; 5. –г; 6. –в; 7. –в; 8. –а; 9. –г; 10. –в; 11. –а; 12. –а; 13. –г; 14. –а; 15. –б; 16. –б; 17. –в; 18. –а; 19. –д; 20. –б; 21. а-1, б-2, в-4, г-3. 22. –г; 23. –б; 24. –б; 25. –в; 26. –б; 27. –д; 28. –а; 29. –г; 30. а-1, б-3, в-5; 31. –г; 32. а-3, б-2, в-4, г-1; 33. –г; 34. –б; 35. –б; 36. –г; 37. –в; 38. –г; 39. –г; 40. –в.

Подготовить презентацию по теме: «Современные методы лечения гнойных ран.»

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/K. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.3 Организация скорой медицинской помощи при острых хирургических заболеваниях и травмах.

Цель: способствовать формированию знаний у студентов по организации работы скорой медицинской помощи (СМП), оснащением и принципами работы медицинского персонала, правилами заполнения медицинской документации.

Задачи: 1. Ознакомить с принципами работы, обязанностями медицинского персонала и объемом скорой медицинской помощи хирургическим больным при острых хирургических заболеваниях и травмах.

2. Рассмотреть характер травматических повреждений, подлежащих амбулаторному лечению.

3. Рассмотреть порядок госпитализации экстренных больных с острой хирургической патологией и травмами, нуждающихся в стационарном лечении.

4. Изучить вопросы оформления медицинской документации.

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Скорая медицинская помощь – принципы организации работы.
2. Объем скорой медицинской помощи и обязанности медицинского персонала.
3. Показания к госпитализации больных с острой хирургической патологией и травмами, нуждающихся в стационарном лечении.
4. Ведение медицинской документации

2. Практическая работа

Освоить манипуляции по алгоритму:

- выполнить внутрикожную, подкожную и внутримышечную инъекцию лекарственных препаратов;
- выполнить венепункцию и внутривенное введение лекарств, установить систему и провести инфузию растворов через иглы и венные катетеры;
- определять признаки жизнеугрожающих осложнений и предпринять меры по их устранению и неотложной коррекции деятельности органов и систем

Цель работы: освоение разнообразной техники диагностических и лечебных мероприятий в доклинических условиях

Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):

- Определение манипуляции.
- Показания.
- Противопоказания.
- Оснащение.
- Техника выполнения.
- Возможные ошибки и осложнения (помощь при осложнениях).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

- 1) Алгоритм разбора задач изложен выше
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мужчина 47 лет упал с велосипеда, ударившись правым коленным суставом и подвернув голень. Очевидцами события наложена фиксирующая повязка и оказана помощь при транспортировке в больницу. Жалуется на кровоподтек и невозможность движений в суставе. Сустав отечен, деформирован, сгибательные движения невозможны, имеется симптом баллотирования надколенника.

Какой вид травмы Вы предположите? Что необходимо сделать для уточнения диагноза?

- 1) по-видимому, у пострадавшего механическая дорожно-транспортная травма нижней конечности, оказана первая помощь очевидцами в виде наложения фиксирующей повязки и транспортировки в ближайшую больницу
- 2) необходимо определить тяжесть повреждения (ушиб, разрыв связок и хрящей, перелом костей, вывих голени) и оказать больному неотложную помощь

- 3) необходима экстренная госпитализация больного в травматологическое отделение и рентгенография сустава и голени для исключения скелетной травмы
- 4) пункция сустава для обнаружения и удаления крови при гемартрозе,
- 5) иммобилизация голени и бедра задней гипсовой лонгетой и наложение холода на сустав;
- 6) в дальнейшем необходима клиническая и УЗИ- оценка повреждения связок и менисков сустава и восстановительное оперативное лечение (необнаруженный перелом костей, сочлененных в коленном суставе, не устраненный пункцией гемартроз приведут к неправильной тактике лечения и необратимым ортопедическим последствиям – контрактуре, деформирующему артрозу, хромоте)
- 7) необходимо соблюдение устоявшейся тактики этапного лечения пострадавших с травмой опорно-двигательного аппарата, при которой экстренная рентгенография поврежденных сегментов является ведущим методом уточняющего исследования

Задача для самостоятельного разбора на занятии:

- Больной 19 лет вызвал врача поликлиники по телефону в связи с появлением болей в животе, тошноты и рвоты, не связанных с приемом пищи. После опроса и физикального обследования врачом был поставлен предварительный диагноз – острый аппендицит.

Каков план действий врача поликлиники относительно данного больного?

- Больному хирургического отделения внезапно стало плохо. Дежурная сестра быстро определила отсутствие признаков жизни у больного. Сообщила дежурному врачу о случившемся и до его прихода приступила к элементарной реанимации. Уложив больного на твердую поверхность, она произвела ему тройной приём и приступила к ИВЛ. К этому моменту подошел дежурный врач. Какую ошибку в последовательности реанимационных мероприятий допустила сестра? И чем ошибка угрожает пострадавшему?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы самоконтроля.

- Принципы оказания первой медицинской помощи при симптомах «острого живота»;
- Принципы оказания первой медицинской помощи при висцеральной колике;
- Принципы оказания первой медицинской помощи при внутреннем кровотечении;
- Принципы оказания первой медицинской помощи при клинической смерти;
- Принципы оказания первой медицинской помощи при закрытой ЧМТ;
- Принципы оказания первой медицинской помощи при закрытой и открытой травме груди и живота»;
- Переломы, их клинические и рентгенологические принципы
- Транспортная иммобилизация : показания, виды, цель.
- Виды транспортных шин : стандартные и подручные.

- Транспортировка пострадавших с переломами позвоночника и костей таза.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Первая медицинская помощь при сочетанной травме включает всё, кроме:

- а) временной остановки кровотечения;
- б) транспортной иммобилизации;
- в) искусственного дыхания;
- г) наложения трахеостомы;
- д) наложения первичной асептической повязки.

2. При оказании ПМП пострадавшему с проникающим ранением живота и травматической эвентрацией выпавший орган необходимо:

- а) вправить в брюшную полость;

- б) оставить под одеждой;
- в) обложить влажными стерильными салфетками под повязку;
- г) обработать 3% р-ром перекиси водорода;
- д) закрыть сухой асептической повязкой.

3. Первая медицинская помощь при СДР после освобождения конечностей из завала включает всё, кроме:

- а) иммобилизации;
- б) введения анальгетиков;
- в) наложения жгутов;
- г) эластического бинтования конечностей;
- д) наложения холода (льда, снега).

4. Важнейшим приёмом оказания ПМП пострадавшему с открытым пневмотораксом будет:

- а) введение анальгетиков;
- б) искусственное дыхание;
- в) наложение окклюзионной повязки;
- г) введение кардиотоников;
- д) наложение асептической повязки.

5. Неотложные мероприятия при травматическом шоке III степени включают:

- а) допмин в/в капельно;
- б) оксигенотерапию, ИВЛ;
- в) анальгетики и седативные;
- г) коллоидные плазмозаменительный;
- д) всё перечисленное.

6. Первая медицинская помощь при открытых переломах костей конечностей включает всё, кроме:

- а) введения обезболивающих;
- б) введения антибиотиков;
- в) предварительного гемостаза;
- г) наложения асептической повязки;
- д) транспортной иммобилизации.

7. Показаниями для неотложной госпитализации в хирургическое отделение будут:

- 1) кровотечение из гастродуоденальной язвы;
- 2) прободение язвы желудка и 12-перстной кишки;
- 3) декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз привратника с хлоропривной тетанией;
- 4) малигнизация язвы;
- 5) пенетрация язвы.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1 и 3;
- в) 2 и 4;
- г) 4, 5;
- д) все указанные.

8. Введение наркотических анальгетиков при оказании ПМП противопоказано при:

- а) отёке лёгких;
- б) переломе позвоночника;
- в) множественных переломах рёбер;
- г) тупой травме живота;
- д) травматическом и ожоговом шоке.

9. Первая медицинская помощь при установлении диагноза «острый живот» заключается в:

- 1) очистительной клизме;
- 2) наложения холода на живот;
- 3) назначении анальгетиков;
- 4) транспортировке в дежурное ЭХО;
- 5) даче слабительного

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1 и 3;
- в) 2 и 4;
- г) 4, 5;
- д) всё неверно.

10. Первая медицинская помощь при артериальной эмболии нижних конечностей включает:

- 1) введение анальгетиков;
- 2) введение гладкомышечных спазмолитиков;
- 3) введение тромболитиков;
- 4) введение гепарина 5000 ед.;
- 5) транспортировку в отделение ангиохирургии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1, 2, 4, 5;
- в) 1, 3, 5;
- г) 4, 5;
- д) всё верно.

11. При отравлении едкими кислотами ПМП заключается в:

- 1) обильном приёме воды и вызове рвоты;
- 2) зондовом промывании желудка;
- 3) даче слабительного;
- 4) в в/в введении обезболивающих и 4%раствора соды.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1 и 3;
- в) 2 и 4;
- г) 5;
- д) всё верно.

12. В каком месте шеи необходимо производить прокол скальпелем для коникостомии?

- а) через толщу щитовидного хряща;

- б) через кольцо перстневидного;
- в) через щито-перстневидную мембрану;
- г) между верхними кольцами трахеи;
- д) над щитовидным хрящом.

13. Препаратом первой очереди в терапии анафилактического шока является:

- а) преднизолон;
- б) мезатон;
- в) адреналина гидрохлорид;
- г) димедрол;
- д) эуфиллин.

14. Объем ПМП при ожогах предполагает выполнение всех мероприятий, кроме:

- а) введения обезболивающих;
- б) наложения асептических повязок на раны;
- в) наложения мажевых повязок после удаления одежды;
- г) профилактики асфиксии при ожоге дыхательных путей;
- д) организации доставки в ожоговый центр (ЦРБ).

15. В какой последовательности оказывают ПМП при ранении челюстно-лицевой области?

- 1) транспортная иммобилизация;
- 2) борьба с асфиксией;
- 3) борьба с шоком;
- 4) остановка кровотечения.

Выберите правильную последовательность действий:

- а) 2, 1, 3, 4;
- б) 1, 2, 3, 4;
- в) 4, 2, 3, 1;
- г) 4, 1, 3, 2;
- д) 1, 4, 2, 3.

16. На месте происшествия пострадавшему от электротравмы в состоянии клинической смерти показаны все мероприятия, кроме:

- а) ИВЛ;
- б) закрытого массажа сердца;
- в) введения адреналина внутрисердечно;
- г) электродефибрилляции сердца;
- д) трахеостомии.

17. На этапе оказания доврачебной помощи раневое кровотечение останавливают:

- 1) наложением жгута;
- 2) шунтированием артерий;
- 3) ангиопластикой;
- 4) тугой тампонадой раны;
- 5) наложением зажима на сосуд в ране.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2;

- б) 2, 3, 4;
- в) 1, 4, 5;
- г) 1, 3, 5;
- д) 2, 3.

18. Интенсивная терапия без оперативного вмешательства неэффективна:

- а) при закрытой черепно-мозговой травме со сдавлением мозга;
- б) при повреждении органов брюшной полости с гемоперитонеумом;
- в) при проникающем ранении грудной клетки с напряженным гемо- или пневмотораксом;
- г) при атоническом маточном кровотечении;
- д) во всех указанных обстоятельствах.

19. При ущемленной грыже брюшной стенки независимо от состояния больного показано:

- а) спазмолитики и местное тепло;
- б) наблюдение за больным на месте, покой;
- в) голод и спазмолитики;
- г) ручное вправление грыжевого выпячивания;
- д) экстренная госпитализация в ЭХО для операции.

20. При каких нарушениях сердечной деятельности полностью прекращается кровообращение?

- а) циркуляторный коллапс с отсутствием пульса;
- б) мерцание предсердий;
- в) желудочковая тахи- и брадикардия;
- г) асистолия, фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия без пульса – слабое сердце, электромеханическая диссоциация;
- д) нарушение автоматизма синусового узла, полная атриовентрикулярная блокада.

Эталон ответов: 1. –г; 2. –в; 3. –в; 4. –в; 5. –д; 6. –б; 7. –а; 8. –г; 9. –в; 10. –б; 11. –в; 12. –в; 13. –в; 14. –в; 15. –в; 16. –д; 17. –в; 18. –д; 19. –д; 20. –г;

Подготовить презентации по теме: « Опасности, осложнения и методы лечения синдрома « Острый живот», « Современные методы транспортной иммобилизации и способы их применения».

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/K. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.4 Основы десмургии

Цель занятия: В овладении знаниями, умениями и навыками по десмургии.

Задачи: Ознакомить с техникой наложения мягких и жестких повязок и техникой транспортной

иммобилизации. Научить технике наложения мягких и жестких повязок и уходу за хирургическим больным во время перевязки.

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

В данном разделе дается перечень вопросов для собеседования.

- Что такое Десмургия?
- Что такое повязка?
- Что такое перевязка?
- Какой материал используется для перевязки?
- Назовите классификацию повязок;
- Как проводится инструментальная повязка ран?
- Перечислите общие правила наложения мягких повязок;
- Показания к смене повязки;
- Назовите требования, предъявляемые к готовой повязке;
- Назовите показания к транспортной иммобилизации;
- Какие средства транспортной иммобилизации вы знаете?
- Перечислите правила наложения транспортных шин.
- Назовите виды гипсовых повязок и правила их наложения.

2. Практическая работа

1) Освоить практический навык

«Наложение повязки «Дезо»»

Цель: иммобилизация плечевого пояса и верхней конечности.

Показания: перелом ключицы, вывих в плечевом суставе после вправления.

Оснащение: широкие марлевые бинты, ватно-марлевая подушечка, перевязочные

ножницы Купера.

Подготовка больного.

1. Вежливо, доброжелательно поприветствуйте больного, обратившись к нему по имени и отчеству.
2. Пригласите его в перевязочную.
3. Объясните ему смысл манипуляции, добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
4. Обеспечьте конфиденциальность манипуляции.
5. Помогите врачу осуществить врачебные манипуляции (обезболивание, вправление вывиха плеча или репозиция перелома ключицы).

Во время манипуляции вежливо общайтесь с больным, поясняя ему ваши действия. Проявляйте доброту и милосердие к нему.

Выполнение манипуляции.

1. Помогите больному сесть в удобное положение.
2. В подмышечную впадину повреждённой стороны положите ватную подушечку.
3. Придайте физиологическое положение повреждённой конечности.
4. Возьмите в левую руку головку бинта в правую руку его хвостик.
5. Первым циркулярным туром, направленным **на больную конечность**, спинкой к бинтуемой поверхности и кверху брюшком, прибинтуйте плечо к грудной клетке.
6. Вторым туром из-под здоровой подмышечной впадины направьте к надплечью больной стороны,
7. Перекиньте через надплечье назад и спуститесь вниз по задней поверхности плеча больной стороны,
8. Третьим туром обогните локтевой сустав и, поддерживая предплечье, направьте косо вверх в подмышечную впадину здоровой стороны
9. Затем перейдите на заднюю поверхность грудной клетки и по спине косо на надплечье больной стороны, далее спуститесь по передней поверхности плеча под локоть.
10. Обведя локоть спереди назад, бинт проведите через спину в здоровую подмышечную впадину, затем повторите все туры бинта, начиная с первого снова (3-4 раза)
11. После чего конец бинта разрежьте вдоль, сделайте перекрест и завяжите, охватив грудную клетку снизу.
12. Помогите одеться больному.
13. Скажите ему несколько добрых слов.
14. Транспортируйте больного в палату.

«Наложение повязки на молочную железу»

(манипуляция производится в условиях перевязочной)

Цель: создание возвышенного положения молочной железы, удержание лекарственной повязки в области молочной железы.

Показания: воспалительные заболевания молочной железы (маститы), после операции на молочной железе.

Оснащение: марлевые бинты (широкие), стерильный перевязочный материал (шарики, салфетки, тампоны, турунды), стерильные хирургические инструменты (пинцеты, кровоостанавливающие зажимы), перевязочные ножницы, ёмкость для использованного перевязочного материала, лекарственные препараты.

Подготовка больной.

1. Вежливо, доброжелательно поприветствуйте больную, обратившись к ней по имени и отчеству.
2. Пригласите её в перевязочную.
3. Объясните ей смысл манипуляции, добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
4. Обеспечьте конфиденциальность манипуляции.

Во время манипуляции вежливо общайтесь с больным, поясняя ему ваши действия. Проявляйте

доброту и милосердие к нему.

Выполнение манипуляции.

1. Помогите больному сесть в удобное положение.
2. Разрежьте бинт (вне раны), закрепляющий лекарственную повязку на молочной железе.
3. Проведите инструментальную перевязку раны.
4. Прикройте рану лекарственной повязкой.
5. Придерживая лекарственную повязку, помогите больной присесть на перевязочном столе и приступайте к закреплению повязки марлевым бинтом.
6. Первый тур повязки циркулярный, вокруг нижней части грудной клетки - в один-два оборота закрепите хвостик бинта в направлении **от больной железы**.
7. Второй тур - из подмышечной области больной стороны проведите под больной молочной железой, слегка приподнимая её, и направляя косо вверх на противоположное надплечье.
8. От надплечья спуститесь наискось вниз по спине в подмышечную область больной стороны.
9. От подмышечной области сделайте круговой тур вокруг нижней части грудной клетки.
10. Повторите прежний крестовый тур, приподнимая большую молочную железу.
11. Косые туры, как и круговые, каждый раз накладывайте всё выше и выше (прикрывая каждый предыдущий на половину его ширины).
12. Эти туры чередуйте до полного закрытия молочной железы.
13. После чего конец бинта разрежьте вдоль, сделайте перекрест и завяжите вокруг нижней части грудной клетки под молочной железой.
14. Скажите несколько добрых слов больной.
15. Помогите ей одеться и добраться до палаты.

«Наложение транспортной шины Крамера на верхнюю конечность»

Цель: иммобилизация верхней конечности.

Показания: переломы, вывихи костей плеча и предплечья, при наложении кровоостанавливающего жгута на область плеча и предплечья. **Оснащение:** лестничная шина Крамера, серая вата, марлевые бинты, ватно-марлевые подушечки, перевязочные ножницы Купера.

Подготовка больного.

1. Вежливо, доброжелательно поприветствуйте больного, обратившись к нему по имени и отчеству.
 2. Объясните ему смысл манипуляции, добейтесь понимания и получите согласие на её проведение.
 3. Обеспечьте конфиденциальность манипуляции.
- Во время манипуляции вежливо общайтесь с больным, поясняя ему ваши действия. Проявляйте доброту и милосердие к нему.

Выполнение манипуляции.

1. Помогите больному сесть в удобное положение.
2. По физиологическому положению здоровой конечности смоделируйте шину Крамера таким образом, чтобы она начиналась от наружного края лопатки противоположной стороны и выступала из-за кончиков пальцев кисти на 2-3 см:
 - отступив от одного конца шины на суммарную длину предплечья и кисти, шину согните под прямым углом, оставив в вершине угла достаточное место для мягкой подкладки, предохраняющей от давления шины на локтевой сустав;
 - измерьте длину плеча и эту длину увеличьте на 2-3 см, имея в виду толщину ватно-марлевой подкладки;
 - тщательно смоделируйте участок шины, прилегающий к плечевому суставу. Для этого шину согните под углом 115° и

несколько закрутите по оси, чтобы она плотно прилегла к плечевому суставу и повторяла форму межлопаточного пространства, заканчиваясь у края противоположной лопатки;

- отрезок шины, лежащий на плечевом суставе, и тот, который поддерживает предплечье, прогните в виде жёлоба. Достигается это путём поочерёдного сгибания поперечных, тонких прутьев шины;
- сделайте также и сгиб, исключаящий давление шины на шею;

3. На отмоделированную шину Крамера проложите ватную подстилку и закрепите её марлевым бинтом.
4. К углам конца шины, который будет располагаться на спине, привяжите две тесёмки из бинта.
5. В подмышечную область повреждённой конечности положите ватно-марлевую подушечку, тесёмки которой завяжите узлом на надплечье здоровой стороны.
6. Придайте физиологическое положение повреждённой конечности, наложите на неё приготовленную шину Крамера.
7. Переднюю тесёмку шины перекиньте через здоровое надплечье и привяжите к переднему углу нижнего конца шины. Заднюю тесёмку проведите под мышкой и привяжите к внутреннему углу шины.
Натяжение тесёмок должно быть таким, чтобы рука удерживалась согнутой в локтевом суставе под прямым углом.
8. Шею и надплечье защитите ватно-марлевыми прокладками.

4. Решить ситуационные задачи.

1) Алгоритм разбора задач.

- а) ознакомьтесь с условиями задачи;
- б) определите проблему ситуации изложенной в задаче;
- в) определите последовательность действий в каждой конкретной ситуации;
- г) оцените вероятность и опасность развития последствий проблемы, изложенной в задаче;
- д) определите меры предупреждения опасных последствий проблемы, изложенной в задаче.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

После обработки фурункула в области носа у больного врач попросил медсестру наложить повязку.

Какую повязку, и в какой последовательности вы будете накладывать данному больному?

Решение задачи:

В данном случае используют пращевидную повязку, которую готовят следующим образом: из марлевого бинта длиной 100 см, шириной 10 см, концы его продольно разрезают, не доходя до середины.

Больного следует усадить в удобное положение. Объяснить ему суть манипуляции и во время её выполнения пояснять свои действия, проявляя к нему доброту и милосердие. Положить на область носа лекарственную повязку, поверх неё середину пращи в поперечном направлении к лицу. Верхние концы пращи провести ниже ушных раковин и закрепить на шее, а нижние концы расположить выше ушных раковин и завязать на затылке.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Больному с переломом наружной лодыжки правой голени была наложена гипсовая повязка на область правой голени и стопы. Через три дня у больного появились боли в области правой пятки, по поводу чего он обратился к врачу. Было принято решение - снять повязку и осмотреть болезненный очаг. После снятия повязки в области правой пятки были обнаружены пузыри с

прозрачным содержимым.

Что это за повреждение?

Что явилось причиной данного повреждения?

4. Задания для групповой работы

Выполняется студентами друг на друге с использованием учебных наборов по десмургии, инструментов, расходных материалов и лекарств.

Под руководством преподавателя проводятся наблюдения за завершением хирургических операций наложением повязки.

В палатах и перевязочных кабинетах студентам показывают больных с операционными ранами под повязками. В гнойной перевязочной под контролем перевязочной сестры и врача студенты проводят этапные лечебные перевязки с различными снадобьями в зависимости от хода заживления гнойных ран.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.
- 2) Ответить на вопросы самоконтроля.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Сколько слоев в согревающем влажном компрессе:

- а) 1 слой;
- б) 4 слоя;
- в) 3 слоя;
- г) чем больше, тем лучше;
- д) 5 слоев;

2. Длительность влажного компресса не должна превышать:

- а) 24 часа;
- б) 6 - 8 часов;
- в) 12 часов;
- г) 3 часа;
- д) 5 минут;

3. Какая из охарактеризованных повязок называется циркулярной?

- а) последующие туры закрывают предыдущие на $1/2$;
- б) последующие туры закрывают предыдущие на $2/3$;
- в) последующие туры закрывают предыдущие полностью;
- г) последующие туры отстоят от предыдущих на ширину бинта;
- д) туры накладываются друг на друга по сходящемуся или расходящемуся типу.

4. Какая повязка называется ползучей?

- а) последующие туры закрывают предыдущие на $1/2$;
- б) последующие туры закрывают предыдущие на $2/3$;
- в) последующие туры закрывают предыдущие полностью;
- г) последующие туры отстоят от предыдущих на ширину бинта;
- д) туры накладываются друг на друга по сходящемуся или расходящемуся типу.

5. Какая повязка называется спиральной?

- а) последующие туры закрывают предыдущие на $1/2$;
- б) последующие туры закрывают предыдущие на $1/4$;
- в) последующие туры закрывают предыдущие полностью;
- г) туры отстоят друг от друга на ширину бинта;

д) туры накладываются друг на друга по сходящемуся или расходящемуся типу.

6. Какая повязка называется черепашьей?

- а) последующие туры закрывают предыдущие на $1/2$;
- б) последующие туры закрывают предыдущие на $2/3$;
- в) последующие туры закрывают предыдущие полностью;
- г) последующие туры отстоят от предыдущих на ширину бинта;
- д) туры накладываются друг на друга по сходящемуся или расходящемуся типу.

7. Какое из перечисленных правил должен соблюдать бинтующий?

- а) располагаться сзади больного, чтобы не дышать ему в лицо;
- б) располагаться спереди ниже уровня бинтуемой части тела;
- в) смотреть в лицо больного и бинтовать;
- г) смотреть на лицо больного и бинтуемую часть тела;
- д) смотреть на бинтуемую часть тела сверху;

8. Какое из указанных правил правильно?

- а) бинтовать, предварительно отматывая бинт;
- б) каждым последующим туром прикрывать на $1/2$ предыдущий;
- в) катить бинт по телу больного без отматывания спинкой бинта вниз;
- г) катить бинт без отматывания брюшком вниз;
- д) накладывать повязку от туловища к периферии конечности.

9. Какая повязка лучше при ушибленной ране мягких тканей подбородка?

- а) повязка Дезо;
- б) черепашья расходящаяся;
- в) черепашья сходящаяся;
- г) пращевидная;
- д) колосовидная.

10. Какая повязка лучше при резаной ране пятки?

- а) колосовидная;
- б) крестообразная;
- в) черепашья сходящаяся;
- г) черепашья расходящаяся;
- д) спиральная.

11. Какая повязка лучше удерживается на голове при ушибленной ране мягких тканей темени у возбуждённого пьяного?

- а) возвращающаяся повязка головы;
- б) шапка (митра) Гиппократа;
- в) чепец;
- г) малая головная повязка;
- д) неаполитанская повязка.

12. Какая повязка лучше при обширной рвано-ушибленной ране промежности?

- а) Т-образная;
- б) восьмиобразная;
- в) пращевидная;
- г) колосовидная на оба паха;
- д) колосовидная на оба паха на фоне восьмиобразной;

13. Укажите наиболее грубую ошибку при наложении повязки на область шеи:

- а) чересчур свободная;

- б) не закреплена;
 - в) слишком тугая;
 - г) использован широкий бинт;
 - д) наложен с очень большим числом туров;
14. Для снятия присохшей к ране повязки применяют:
- а) эфир;
 - б) перекись водорода;
 - в) спирт;
 - г) скипидар;
 - д) клеол;
15. Лейкопластырная повязка не используется для:
- а) лечения методом вытяжения при переломах;
 - б) фиксации перевязочного материала на ране;
 - в) сближение краев раны;
 - г) окклюзии проникающие раны грудной клетки;
 - д) окончательного гемостаза;
16. После вправления плеча конечность нужно иммобилизовать повязкой:
- а) колосовидной;
 - б) Дезо;
 - в) восьмиобразной;
 - г) черепашьей;
 - д) возвращающейся;
17. С помощью какой повязки можно удержать перевязочный материал в промежности:
- а) пращевидной;
 - б) сходящейся черепашьей;
 - в) расходящейся черепашьей;
 - г) Т-образной;
 - д) колосовидной;
18. Какой бинтовой повязкой удерживается перевязочный материал на культе конечности:
- а) колосовидная;
 - б) возвращающейся;
 - в) черепашьей;
 - г) спиральной;
 - д) циркулярной;
19. Показанием к иммобилизации верхней поверхности повязкой Дезо является перелом:
- а) шейных позвонков;
 - б) ключицы;
 - в) грудины;
 - г) 2-3-х ребер;
 - д) костей предплечья;
20. Черепашья повязка накладывается на:
- а) подбородок;
 - б) промежность;
 - в) культю конечности;
 - г) пятку;
 - д) кисть;
21. На область плечевого сустава накладывают повязку:
- а) круговую;

- б) спиральную;
- в) возвращающуюся;
- г) ползучую;
- д) колосовидную;

22. В области затылка и задней поверхности шеи перевязочный материал закрепляют повязкой:

- а) возвращающейся;
- б) восьмиобразной;
- в) колосовидной;
- г) черепашьей;
- д) ползучей;

23. Перевязочный материал на грудной клетке закрепляется повязкой:

- а) колосовидной;
- б) черепашьей;
- в) возвращающейся;
- г) спиральной;
- д) Дезо;

24. На конусообразные участки тела (предплечье, голень) накладывается повязка:

- а) черепашья сходящаяся;
- б) черепашья расходящаяся;
- в) крестообразная;
- г) спиральная с перегибом бинта;
- д) возвращающееся;

25. Для поддержания мошонки после операции на ней применяется повязка:

- а) пращевидная;
- б) сходящаяся черепашья;
- в) расходящаяся черепашья;
- г) колосовидная;
- д) суспензорий;

Эталон ответов: 1-б; 2-б; 3-в; 4-г; 5-а; 6-д; 7-г; 8-в; 9-г; 10-г; 11-в; 12-а; 13-в; 14-б; 15-д; 16-б; 17-г; 18-б; 19-б; 20-г; 21-д; 22-б; 23-г; 24-г; 25-д.

Подготовить презентации по теме: «Современные виды перевязочного материала и транспортной иммобилизации».

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/K. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.5: Гнойные заболевания глубоких клетчаточных пространств и железистых органов.

Цель: Способствовать формированию представлений о диагностике и лечении флегмон глубоких клетчаточных пространств и гнойных заболеваний железистых секретирующих органов.

Задачи:

1. Рассмотреть особенности развития гнойных воспалительных процессов в рыхлой соединительной ткани глубоких клетчаточных пространств и в паренхиме железистых секретирующих органов, связанных с их структурой и функцией.
2. Изучить отдельные формы глубоких флегмон головы и шеи, груди и живота, сегментов конечностей с позиций их ранней топической диагностики.
3. Обучить принципам местного (вскрытие, санация, дренирование, заживление ран) и общего лечения флегмон глубокой клетчатки.
4. На примере острого лактационного мастита разобрать тактику диагностики и лечения гнойных воспалительных заболеваний железистых секретирующих органов.

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Проверяется исходный уровень знаний студентов в виде тестовых заданий или контрольных вопросов.

Приводится перечень контрольных вопросов:

- 1) Поясните различия в морфологии и кровоснабжении подкожной и глубокой рыхлой соединительной ткани, определяемые различным функциональным предназначением в организме;

- 2) В чем различие поверхностных и глубоких флегмон (гнойных целлюлитов) по местным и общим признакам?
- 3) Как и почему проникает инфекция в паренхиму железистых секретирующих (эксcretирующих) органов, которые в норме стерильны?
- 4) Обнаружение признаков раздражения и нарушения функции каких анатомических образований характерны и способствуют топической диагностике глубоких флегмон головы и шеи, верхних и нижних конечностей, медиастинита, забрюшинной клетчатки и таза, околопузырной и параректальной клетчатки?
- 5) Укажите рентгенологические признаки медиастинита и забрюшинной флегмоны на обзорных снимках грудной и брюшной полостей.
- 6) Почему знания топографической анатомии глубоких структур делает относительно безопасными поисковые пункции и оперативные доступы при отдельных глубоких флегмонах, но требует опыта и мастерства специального хирурга?

2. Практическая работа.

Выполняется студентами под руководством преподавателя на фантомах, муляжах, в палате, перевязочной и операционной с освоением алгоритмов выполнения следующих практических навыков:

1. Клиническое распознавание глубоких флегмон и стадий их развития.

- Органолептическое определение локализации гнойных процессов в глубоких клетчаточных пространствах по малым внешним местным признакам (реактивный отёк, лёгкая гиперемия) и основным глубоким признакам дисфункции первично или вторично заинтересованных органов или структур.
- Показания абсолютные, поскольку определяют тактику дальнейшего экстренного или срочного оперативного лечения.
- Противопоказаний в экстренной или срочной хирургии не существует, все больные за исключением терминальных операбельны.
- Оснащение предполагает перевязочный стол или кушетку, достаточный уровень освещения, стетофонендоскоп, резиновые перчатки, шпатель, сантиметровую ленту.
- При глубоких флегмонах головы и шеи осмотр позволяет обнаружить реактивный отек или асимметрию лица, кожную гиперемию, затруднение мимики, жевания, глотания, триаду Горнера (птоз, миоз, энофтальм) при шейно-симпатической компрессии, затрудненное движение шеей или вынужденное фиксированное положение; пальпация определяет местное повышение кожной температуры в проекции очага и глубокую болезненность и инфильтрацию тканей, в перчатках обследуют дно рта, с помощью шпателя миндалины и заднюю стенку глотки.

При медиастините осмотр выявляет отек в области яремной вырезки, выслушивание легких – шум трения при реактивном плеврите, перкуссия – расширение границ средостения и глубокую болезненность при поколачивании грудины или позвоночника.

При забрюшинной флегмоне и паранефрите может быть виден реактивный отек и гиперемия поясницы, ограничение движений или вынужденное сгибание в т/бедренном суставе (псоас-симптом), вздутие живота, выход воспаления под пупартову связку на бедро; при пальпации живота и поясницы – выявляется глубокая болезненность и мышечная защита, ригидность сгибателей и аддукторов бедра, при выслушивании – ослабление перистальтики, при перкуссии - глубокая болезненность в области поясницы и паха.

При парапроктите поверхностные формы устанавливаются осмотром перианальной области, глубокие формы, как и параметрит, определяются пальцевым исследованием в перчатках через прямую кишку или влагалище.

При глубоких межмышечных и параоссальных (параартикулярных) флегмонах конечностей осмотром устанавливается вынужденное положение и ограничение движений в суставах,

реактивные отек и гиперемия сегмента конечности; при пальпации определяется болезненная инфильтрация и ригидность мышц, крепитация при наличии газообразующей микрофлоры.

- Ошибки в установлении локализации и распространенности глубоких флегмон в ранних стадиях развития (серозно-лейкоцитарной инфильтрации) определяются глубиной залегания и слабой выраженностью местных признаков воспаления. Ключевое значение при этом имеют симптомы дисфункции, порой весьма отдаленные от очага: нейро- и ангиопатии (икота и осиплость голоса при раздражении диафрагмальных нервов и возвратных ветвей блуждающих, синдром верхней полой вены при медиастините), мио- и висцеропатии (дисфагия при заглоточных флегмонах и заднем медиастините, парез кишечника и невозможность дефекации при забрюшинной флегмоне и остром парапроктите). При малом опыте топической клинической диагностики требуется применение уточняющих дополнительных методов исследования и приглашение для консультации специализированного врача-хирурга.

2.. Клиническое распознавание гнойных воспалений железистых органов

- Органолептическое определение развития гнойного воспаления в секретирующих железах внешней локализации и стадий процесса.
- Показания абсолютные, определяющие необходимость последующего срочного консервативного или оперативного лечения.
- Противопоказаний в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний воспалительной или травматической природы не существует, за исключением терминального состояния.
- Оснащение предполагает достаточный уровень освещения и резиновые перчатки.
- Осмотр позволяет обнаружить асимметрию молочных желез или лица при паротите за счет воспалительного отека, гиперемии кожи, гнойвидные выделения из соска, смешанные с молоком.

Пальпацией определяется болезненная воспалительная инфильтрация тканей желез и границы ее распространения (отсутствие четких границ при диффузном серозном мастите) симптом флюктуации при поверхностном залегании гнойника в клетчатке (премаммарный абсцесс, субареолярный абсцесс, возникающие и вне лактации), регионарный подмышечный лимфаденит при мастите и околоушный и шейный при паротите. Рукой в перчатке исследуют слюнные железы через рот, обращая внимание на выделение гноя из устья протоков.

- Ошибки могут быть связаны с наличием только ещё лактостаза у кормящей, глубоким залеганием интерстициального мастита или ретромаммарной флегмоны, наличием рожееподобного рака вне лактации или параопухолевого воспаления при раке околоушной железы.

3. Оценка R-грамм грудной клетки, брюшной полости, позвоночника и костей конечностей при глубоких флегмонах. УЗИ, КТ, ЯМРТ требуют специального оборудования и бригад специалистов.

- Наиболее доступный метод диагностики глубоких патологических процессов, предшествовавший распространению УЗИ.
- Исследования показаны при острых деструктивно-воспалительных заболеваниях органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства и таза, опорно-двигательного аппарата и выполняются в экстренном или срочном порядке.
- Противопоказания ограничены тяжестью состояния или нетранспортабельностью больного для перемещения в приемный покой или рентгенкабинет; использование передвижных аппаратов снимает проблему, но обзорные снимки полостей в положении лежа менее информативны.

- Необходимо наличие рентгенкабинета или передвижного аппарата и лаборатории, квалифицированного рентгенлаборанта.
- Снимки делаются в одной или двух проекциях в положении стоя за экраном для полостных исследований, в любых положениях в поисках деструкции позвоночника и костей со стандартными экспозициями. Прочтение обзорных рентгенограмм груди и живота, костей конечностей, позвоночника и таза входит в компетенцию врача общей практики, хотя окончательное заключение делает врач-рентгенолог.

На обзорных снимках костей конечностей, позвоночника и таза могут быть обнаружены костно-деструктивные изменения, как источник глубоких параоссалльных флегмон, околопозвоночных флегмон шеи, средостения, забрюшинного пространства и таза; при газообразующей микрофлоре – пузырьки газа в мягких тканях.

На обзорных снимках грудной клетки обнаруживается расширение тени средостения и реактивный выпот в плевре при медиастините.

На обзорных снимках брюшной полости признаки динамической кишечной непроходимости (парез кишечника) и размывание контура подвздошнопоясничной мышцы при забрюшинной флегмоне; исчезновение контура почки при паранефрите.

- Возможные ошибки в интерпретации снимков связаны с низким их качеством при нарушении экспозиции и малым визуальным опытом врача в оценке рентгенсемиотики.

У больных в тяжелом состоянии возможен ортостатический коллапс при попытке установки за экран, УЗИ более безопасны.

4. Техника диагностической пункции гнойного очага и посева экссудата на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

- Малоинвазивное уточнение стадии гнойного процесса, определяющее дальнейшую тактику лечения. «Игла предшествует ножу!» - одно из правил гнойной хирургии.
- Пункции показаны при сомнениях в органолептических и лучевых находках при глубоком залегании гнойного очага, исключают попадание в очаг попутной аутологичной или госпитальной микрофлоры.
- Противопоказаний не существует, при глубоких локализациях требует знания топографической анатомии и личного мануального опыта исследователя.
- Оснащение требует инструментов, материала и антисептиков для дезинфекции кожи, шприца ёмкостью 10-20 мл и игл различного размера с учетом глубины поиска, средств местной анестезии кожи, стерильных пробирок с консервантом для транспортировки экссудата для бактериологического исследования.
- Точность попадания в гнойный очаг повышается при использовании лучевой навигации под контролем УЗИ, КТ, рентгеноскопии.
- В положении лежа на перевязочном столе дезинфицируется кожа с целью исключения попутной микрофлоры, тонкой иглой проводится местная инфильтрационная анестезия кожи и через эту же точку выполняется глубокая толстоигольная пункция инфильтрата. Создание разряжения в шприце позволяет обнаружить попадание иглы в гнойно-некротическую коллекцию. Экссудат в шприце подтверждает наличие стадии абсцедирования и после снятия шприца с иглы оценивается органолептически, что дает возможность предварительно определить возбудителя инфекции, затем вносится в пробирку с консервантом или транспортной средой для отправления в бак. лабораторию с целью исследования на микрофлору и чувствительность её к антибиотикам. Иглу следует оставить как указатель направления и глубины последующего разреза. Обнаружение при пункции только элементов крови говорит о стадии инфильтрации, требующей консервативного лечения, или о неуспехе поиска и необходимости пункции в других направлениях или на большую глубину.

- Ошибки связаны с неправильным выбором направления и глубины пункции, не достигающей гнойной коллекции. Осложнениями являются реакция на анестетик при гиперчувствительности к нему, особенно при введении в кровоток, повреждение сосудистых или нервных образований при отсутствии представлений об их топографии и расширенные зоны инфекции через пункционный канал.

5. Инструментальная техника хирургической обработки очагов инфекции.

- Хирургическая операция, имеющая целью вскрытие, санацию и дренирование очага инфекции в стадии абсцедирования.
- Показания к операции абсолютные, реализующие золотое правило гнойной хирургии – «Где гной, там отток».
- Противопоказаний не существует, только экстренная или срочная операция снижает уровень токсикогенности, шокогенности и септикогенности заболевания.
- Оснащение в условиях гнойной перевязочной или операционной включает: средства обработки и отграничения операционного поля (пинцет, шарики, салфетки или полотенца, стандартные дезинфектанты); шприцы и препараты для местной анестезии или оборудование для внутривенного или аппаратно-масочного наркоза; малый операционный набор (перчатки, ножницы, скальпель, пинцет, кровоостанавливающие зажимы, отсос, дренажные трубки, марлевые тампоны и турунды, химические антисептики и гиперосмолярные растворы или мази на гиперосмолярной основе, перевязочный материал).
- Техника выполнения: после укладки больного на операционный или перевязочный стол проводится обработка операционного поля и отграничение его стерильными салфетками. Обезболивание обеспечивается местной анестезией при малых гнойниках или общей при обширных и глубоких нагноениях подкожной клетчатки (абсцессы, флегмоны). Первичный разрез по направлению иглы должен быть достаточен для проникновения в гнойник и, после эвакуации экссудата с забором для бактериологического исследования, должен быть исследован пальцем или инструментом на предмет глубины и конфигурации полости с разделением фасциальных отростков и перемычек. В итоге должна образоваться достаточно открытая гнойная рана простой конфигурации удобная для санации ее 3% раствором перекиси водорода с последующей обработкой водным раствором фурациллина или хлоргексидина биглюконата. Сложность конфигурации гнойной полости (затеки, карманы) заставляет наносить дополнительные разрезы в проекции их – контраппертуры для дополнительного дренирования. Гемостаз обеспечивается прошиванием и лигированием сосудов. После санации рана тампонируется марлевыми или сигарными тампонами или турундами с антисептиками или гиперосмолярными средами. При большом количестве некротизированных тканей они должны быть иссечены, при малом их количестве полезно применить протеолитические ферменты. Через большие контраппертуры проводятся дополнительные тампоны, через малые – дренажные трубки. Раны закрываются асептическими повязками с большим количеством перевязочного материала. С современных позиций ускорению заживления глубоких гнойных ран способствует первичный шов гнойной раны, который допустим только при условии радикальной её санации с применением биофизических средств антисептики (промывание пульсирующей струёй антисептика, лазерная обработка и ультразвуковая кавитация) с последующим проточно-промывным активным дренированием ран, что требует соответствующего оборудования в операционных и перевязочных.
- Ошибкой будет создание тангенциальных ран или малых ран с плохими условиями санации и дренирования, в то же время наносимые раны не должны разрушать инфильтрированные ткани в зоне перифокального воспаления, отграничивающего инфекцию, где ткани ещё жизнеспособны. Принципы косметики превалируют только в гнойной хирургии лица и шеи. Чрезвычайные (лампасные) раны выполняются только при признаках сверхпатогенной гнилостной анаэробной инфекции. Осложнения связаны с

возможностями повреждения второстепенных кровеносных сосудов и нервов, гиперчувствительности к средствам обезболивания, распространением инфекции вплоть до раневого сепсиса при неадекватном дренировании гнойных ран.

Выводы. Подводятся итоги практической работы, разбираются ошибки в выполненных тестовых заданиях, выставляются заключительные оценки.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

1) Алгоритм разбора задач изложен выше

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 42 лет торопливо ела холодец и проглотила куриную кость, имевшую один очень острый конец. По ряду обстоятельств лишь через сутки кость была удалена врачом через эзофагогастроскоп и обнаружено прободение стенки пищевода. Ещё через сутки у больной появились нарастающие боли за грудиной, затруднённое и болезненное глотание жидкости и повышение температуры до 39 градусов С. Больная была консультирована торакальным хирургом и доставлена в специализированное хирургическое отделение.

- Какое осложнение развилось в связи с прободением пищевода костью?

- Какое оперативное вмешательство потребовалось для лечения данного осложнения?

- Как можно избежать данного осложнения?

1. У больной в результате прободения пищевода костью развился задний миостенит.

2. Следует провести оперативное вмешательство-дренирование заднего средостения.

3. Обязательно поставить желудочный зонд для питания больной.

4. Проводить интенсивную антибактериальную противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию для лечения заболевания и профилактики осложнений.

5. Чтобы избежать подобные осложнения, необходимо пищу принимать аккуратно, особенно если в ней имеются кости.

3). Задачи для самостоятельного разбора на занятии

36-летний мужчина в течение 5 дней болеет ангиной, жалуется на боли и чувство стеснения в грудной клетке. При глотании боли усиливаются. Объективно: миндалины отёчны, имеют гнойные пробки, отёк дужек. Пульс 120 уд.в минуту. Температура 39,5 градусов С. Отчётливый отёк в области яремной вырезки и застой в венах шеи.

1. Ваш предположительный диагноз?

а) сепсис;

б) абсцесс лёгкого;

в) пневмония;

г) гнойный медиастенит;

д) эмфизема средостения.

2. Какие дополнительные методы исследования следует применить для уточнения диагноза?

3. Какой объём лечения следует применить?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Этиология гнойных заболеваний глубоких клетчаточных пространств, пути проникновения инфекции и причины обширности развивающихся флегмон.
2. Клинические формы глубоких флегмон в соответствии с МКБ-10, их ранняя клиническая диагностика и методы уточняющей топической диагностики.
3. Принципы общего и местного лечения в специализированных хирургических отделениях.
4. Этиопатогенез, клиника, диагностика и принципы местного и общего лечения гнойных заболеваний секретирующих железистых органов внешней локализации на примере слюнных и молочных желез

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

1. К грамм-отрицательным возбудителям гнойно-воспалительных заболеваний относятся все, кроме:

- а) протеев;
- б) стрептококков;
- в) хламидий;
- г) синегнойной палочки;
- д) гонококков.

2. Укажите три наиболее распространенные причины развития гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области:

- 1) травма;
- 2) хронический периодонтит;
- 3) хронические очаги в ЛОР органах;
- 4) обострения пародонтоза;
- 5) затрудненное прорезывание зубов мудрости;
- б) гематогенный занос инфекции.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 5;
- б) 3, 4, 6;
- в) 2, 4, 5;
- г) 1, 4, 6;
- д) 4, 5, 6.

3. Паратонзиллярный абсцесс:

- а) является осложнением ангины и не сопровождается лихорадкой, лейкоцитозом, ускорение СОЭ;
- б) не является осложнением ангины и сопровождается дисфагией, лихорадкой, интоксикацией;
- в) является осложнением ангины и сопровождается дисфагией, лихорадкой, интоксикацией, лейкоцитозом, ускорением СОЭ;
- г) всё перечисленное верно;
- д) всё перечисленное неверно.

4. Флегмоны какого клетчаточного пространства могут осложняться задним медиастинитом?

- а) надгрудного межпозвоночного;
- б) превисцерального;
- в) ретровисцерального;
- г) параангиального;

д) клетчаточные пространства шеи не сообщаются с задним средостением.

5. Назовите наиболее вероятный путь распространения гнойно-воспалительного процесса из крылонебной ямки:

- а) в клетчаточные пространства шеи;
- б) в верхнечелюстную пазуху;
- в) в наружный слуховой проход;
- г) в орбиту;
- д) на околоушную слюнную железу.

6. При флегмоне какой локализации возможна асфиксия?

- 1) височной области;
- 2) щёчной области;
- 3) дна полости рта;
- 4) подчелюстной области;
- 5) корня языка.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 3, 4, 5;
- б) 2, 3;
- в) 3, 5;
- г) 4, 5;
- д) 1, 3, 4.

7. Какой симптом отражает компрессию возвратных блуждающих нервов при медиастините?

- а) птоз;
- б) энофтальм;
- в) парез голосовых связок (афония);
- г) миоз;
- д) дисфагия.

8. В топической диагностике гнойников глубоких клетчаточных пространств информативны все уточняющие методы диагностики, кроме:

- а) УЗИ;
- б) термографии;
- в) обзорной рентгенографии;
- г) компьютерной томографии;
- д) диагностической пункции.

9. Укажите клетчаточные пространства, в которых развиваются глубокие флегмоны:

- 1) окологлоточное;
- 2) медиастинальное;
- 3) забрюшинное;
- 4) межмышечные;
- 5) параректальное.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1 и 3;

- в) 2 и 4;
- г) 4, 5;
- д) все указанные.

10. Для гнилостной инфекции характерны все признаки, кроме:

- а) лихорадки с ознобом;
- б) нарастающей интоксикации;
- в) гипотензии и обезвоживания;
- г) характерного запаха раны;
- д) усиленного гноеобразования.

11. Одним из распространённых возбудителей внутрибольничной инфекции является:

- а) палочка сине-зелёного гноя;
- б) эпидермальный стафилококк;
- в) грибки рода «кандида»;
- г) клостридии;
- д) бактериоды.

12. Укажите доступ для вскрытия флегмоны подвздошной ямки:

- а) по Пирогову;
- б) люмботомия;
- в) по Буяльскому;
- г) через прямую кишку;
- д) по Ленандеру.

13. К бактерицидным антибиотикам относятся все, кроме:

- а) ампициллина;
- б) клафорана;
- в) доксицилина;
- г) гентамицина;
- д) ванкомицина.

14. Какая форма медиастенита развивается при травме пищевода проглоченным инородным телом?

- а) передний;
- б) средний;
- в) задний;
- г) медиальный;
- д) латеральный.

15. К парентеральным антигрибковым препаратам относятся:

- 1) нистатин;
- 2) амфотерицин В;
- 3) леворин;
- 4) флюканозол (дифлюкан);
- 5) клотримазол.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1 и 3; в) 2 и 4; г) 4, 5; д) все препараты.

16. Каковы пути бактериальной контаминации тканей молочной железы?

- 1) имплантационный;
- 2) интраканаликулярный;
- 3) метастатический;
- 4) гематогенный;
- 5) лимфогенный;
- 6) инъекционный.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 6; б) 2, 4, 5; в) 1, 4, 5; г) 2, 4, 6; д) верно все.

17. При остром интрамаммарном мастите в стадии инфильтрации лечение сводится к:

- 1) разрезу;
- 2) предупреждению лактостаза;
- 3) подвешиванию молочной железы косыночной повязкой;
- 4) общей антибактериальной терапии;
- 5) ретромаммарной новокаиновой блокаде с антибиотиками;

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 4; б) 1, 2, 3; в) 3, 4, 5; г) 2, 3, 4, 5; д) верно все.

18. Какой разрез будет оптимальным при осуществлении дренирующей операции по поводу острого гнойного интрамаммарного мастита?

- а) параареолярный разрез;
- б) полуовальный разрез;
- в) радиарный разрез;
- г) разрез по нижней переходной складке;
- д) разрез не нужен, можно ограничиться пункцией гнойника.

19. Каковы основные пути бактериальной контаминации ткани околоушной слюнной железы?

- 1) имплантационный;
- 2) восходящий;
- 3) метастатический;
- 4) лимфогенный;
- 5) контактный;
- 6) гематогенный.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 5; б) 2, 4, 6; в) 1, 2, 3; г) 4, 5, 6; д) верно все.

20. Какие состояния можно отнести к прямым осложнениям гнойного паротита?

- 1) кровоизлияние в мозг;
- 2) развитие флегмоны шеи;
- 3) развитие галактофорита;
- 4) воспаление и отек жевательных мышц;
- 5) развитие флегмоны височной области;
- 6) парез лицевого нерва;
- 7) отёк мягкого неба и боковой стенки глотки;
- 8) образование гнойных свищей.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3, 4, 5, 6; б) 1, 2, 3, 6, 8; в) 2, 4, 5, 6, 8; г) 1, 2, 4, 6, 8; д) верно все.

21. Что в первую очередь необходимо учитывать при проведении дренирующей операции по поводу гнойного паротита?

- а) степень выраженности эндогенной интоксикации;
- б) анамнез заболевания;
- в) характер сопутствующей патологии;
- г) направление хода основных ветвей лицевого нерва;
- д) направление хода основных ветвей тройничного нерва.

22. Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита, на первом месте стоит:

- а) геморрой;
- б) повреждение слизистой прямой кишки при медицинских манипуляциях;
- в) микротравма слизистой каловыми массами;
- г) ранения прямой кишки;
- д) воспалительные заболевания тазовых органов.

23. При ранениях прямой кишки и ободочной различают внутри- и внебрюшинные осложнения. К последним относят все, кроме:

- а) перитонит;
- б) анаэробная флегмона брюшной стенки;
- в) забрюшинная флегмона;
- г) парапроктит;
- д) флегмона промежности.

24. При какой форме парапроктита болевой синдром более выражен?

- а) при поверхностном;
- б) при глубоком.

25. С каким заболеванием следует дифференцировать острый парапроктит?

- 1) карбункул ягодицы;
- 2) флегмона ягодицы;
- 3) абсцесс предстательной железы;
- 4) нагноение копчиковой кисты;
- 5) острый бартолинит.

Выберите правильное сочетание ответов: а) 1, 2; б) 3, 5; в) 3, 4; г) все неверно; д) верны все ответы.

26. Для хронического парапроктита наиболее характерна:

- а) гематурия;
- б) свищевое отверстие на коже промежности;
- в) выделение крови в конце акта дефекации;
- г) боли в низу живота;
- д) диарея.

27. Укажите, как может произойти распространение гноя из полости малого таза в ложе приводящих мышц бедра:

- а) через бедренный канал;
- б) через надгрушевидный канал;
- в) через подгрушевидный канал;
- г) через запирающий канал;
- д) через паховый канал.

28. Наиболее рациональным методом лечения острого парапроктита является:

- а) физиотерапия;
- б) сидячие теплые ванны;
- в) пункция гнойника;
- г) антибиотикотерапия;
- д) вскрытие гнойника с устранением внутреннего отверстия.

29. Наиболее часто возбудителем парапроктита является:

- а) анаэробная инфекция;
- б) стрептококк;
- в) микобактерии;
- г) гнилостные бактерии;
- д) кишечная палочка.

30. Наиболее глубокой формой парапроктита является:

- а) ишиоректальный;
- б) ретроректальный;
- в) подслизистый;
- г) пельвиоректальный;
- д) подкожный.

31. Что из мужских половых органов наиболее устойчиво к гонококковой инфекции?

- а) передняя уретра;
- б) задняя уретра (мембранозная и простатическая части);
- в) придаток яичка;
- г) предстательная железа;
- д) яичко.

32. Развитию лактационного мастита способствуют:

- а) лактостаз;
- б) трещины сосков при кормлении;
- в) снижение антибактериальной резистентности после родов;
- г) всё перечисленное;
- д) ничего из указанного.

33. Что является основой профилактики острого лактационного мастита?

- а) повышение резистентности организма беременной к инфекции;
- б) санация очагов эндогенной инфекции;
- в) обучение правилам кормления и ухода за грудью;

- г) тщательное сцеживание груди после кормления;
- д) всё вышеуказанное.

34. Укажите общие и местные факторы, являющиеся причиной острого неэпидемического паротита:

- 1) воспалительные инфекционные заболевания;
- 2) хирургические операции на верхних отделах ЖКТ;
- 3) контакт с больными неэпидемическим паротитом;
- 4) истощение и обезвоживание больного;
- 5) стоматиты;
- 6) отиты;
- 7) лимфадениты.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 4, 6, 7; б) 1, 2, 4, 5, 6; в) 1, 2, 4, 5, 6, 7; г) 1, 2, 3, 4, 5; д) 2, 3, 4.

35. Больная 22 лет жалуется на лихорадку до 39⁰С, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были нормальные роды. Молочная железа багрово-красного цвета, отечна. Пальпаторно определяется диффузный болезненный инфильтрат. В подмышечной области болезненный лимфоузел. Ваш диагноз?

- а) острый мастит;
- б) диффузная мастопатия;
- в) хронический мастит;
- г) рожеподобный рак молочной железы;
- д) узловатая мастопатия.

36. У пожилого больного после операции на желудке появились боли в области угла нижней челюсти, привкус гноя во рту. Объективно определяется инфильтрат в подчелюстной области, гнойное отделяемое из выводного протока левой подчелюстной слюнной железы. Ваш диагноз?

- а) эпидемический паротит;
- б) бактериальный сиалоаденит;
- в) калькулезный сиалоаденит;
- г) флегмона подчелюстной области;
- д) челюстно-лицевой актиномикоз.

37. Прекращение лактации при гнойном мастите наиболее эффективно достигается:

- а) тугим бинтованием молочных желез;
- б) назначением гормональных препаратов;
- в) назначением ферментативных препаратов;
- г) ограничением приема жидкости;
- д) тугим бинтованием желез и обильным питьем.

38. При ретромаммарной флегмоне поражается клетчатка, расположенная:

- а) подкожно;
- б) вокруг долек железы;
- в) под большой грудной мышцей;
- г) позади капсулы молочной железы;
- д) под малой грудной мышцей.

39. Наиболее тяжёлой формой лактационного мастита является:

- а) серозный;
- б) гангренозный;
- в) флегмонозный;
- г) инфильтративный;
- д) абсцедирующий.

40. Укажите оптимальный способ лечения гнойного ретромаммарного мастита:

- а) ретромаммарная новокаиновая блокада с антибиотиками;
- б) пункция гнойника и промывание полости антисептиками;
- в) вскрытие мастита радиарными разрезами;
- г) антибиотикотерапия, компрессы и УВЧ-терапия;
- д) вскрытие ретромаммарной флегмоны по нижней переходной складке.

Эталон ответов: 1. –б; 2 –в; 3. –в; 4. –в; 5. –г; 6. –в; 7. –в; 8. –б; 9. –д; 10. –д; 11. –а; 12. –а; 13. –в; 14. –в; 15. –в; 16. –б; 17. –в; 18. –в; 19. –б; 20. –в; 21. –г; 22. –в; 23. –а; 24. –а; 25. –д; 26. –б; 27. –г; 28. –д; 29. –д; 30. –г; 31. –д; 32. –г; 33. –в; 34. –в; 35. –а; 36. –б; 37. –б; 38. –г; 39. –б; 40. –д.

4). Подготовить презентацию на тему « Особенности диагностики заболеваний глубоких клетчаточных пространств и их лечение».

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/K. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.6 :Гнойные заболевания серозных полостей.

Цель: способствовать формированию знаний и умений при первичной диагностике и лечении гнойных заболеваний серозных полостей

Задачи:

- 1) Рассмотреть структуру и функции серозных полостей, пути проникновения в них возбудителей инфекции и защитные реакции мезотелия на инфекцию с развитием местных нарушений в органах и тяжелых общих синдромов (токсикогенность, шокогенность, септикогенность).
- 2) Изучить принципы первичной диагностики отдельных заболеваний – гнойного перикардита, плеврита, перитонита, подчеркнув значение в хирургической пропедевтике

обнаружения патогномичных симптомов и важность применения уточняющих методов исследования для установления топического диагноза.

- 3) Обучить алгоритмам оказания первой врачебной помощи с необходимостью ранней госпитализации для оказания квалифицированной и специализированной хирургической помощи больным.

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Проверяется исходный уровень знаний студентов в виде тестовых заданий или контрольных вопросов.

Приводится перечень контрольных вопросов:

1. Этиология гнойных заболеваний серозных полостей, пути проникновения инфекции в них, причины тяжести осложнений и исходов в этой группы больных, требующих экстренной или срочной диагностики и оперативного лечения (токсикогенность, шокогенность, септикогенность, полиорганная недостаточность).

2. Клинические формы эмпием плевры, их первичная и уточняющая диагностика, принципы местного и общего лечения. Пиопневмоторакс как критическое состояние.

3. Клинические формы и стадии развития перитонита, первичная диагностика «острого живота» и висцеральной колики, способы уточнения в ЭХО, принципы хирургического лечения и интенсивной терапии в ОРИТ.

4. Топическая диагностика отграниченных внутрибрюшных абсцессов и их хирургическое лечение в различные фазы развития.

5. Клиническая оценка гнойного лептоменингита и экссудативного перикардита, принципы их местного и общего лечения в условиях специализированных отделений и ОРИТ.

2. Практическая работа.

Выполняется студентами под руководством преподавателя на фантомах, муляжах, в палате, перевязочной и операционной с освоением алгоритмов выполнения следующих практических навыков:

- Инструментальная техника плевральной пункции.

1. Миниинвазивная операция проникновение иглой с диагностической или лечебной целью в плевральную полость.

2. Показанием являются установленные органолептически и подтверждённые обзорными снимками в 2 проекциях газовые (пневмоторакс), жидкостные (гидро-, гемо-, хило-, пиоторакс) или газожидкостные коллекции.

3. Относительными противопоказаниями могут считаться коагулопатии, при жизнеугрожающих состояниях (напряженный пневмоторакс, пиопневмоторакс, большой гемоторакс) противопоказаний нет.

4. Оснащение: стерильные пинцет, шарики, салфетки, средства дезинфекции кожи, резиновые перчатки, иглы и шприцы общего назначения, анестетики (0,5 % новокаина или лидокаина), плевральные иглы разного диаметра с пластмассовыми или резиновыми трубками-переходниками, пробирки для забора плеврального выпота, электроотсос.

5. В чистой перевязочной или операционной в положении «сидя» с запрокинутой в противоположную сторону рукой или лёжа для тяжёлых больных выбирается и дезинфицируется точка пункции, соответствующая топографии коллекции и содержимому её.

6. Обычно для жидкости это 7-8 межреберье по заднеподмышечной линии, для воздуха при пневмотораксе выбирается точка во втором межреберьи по среднеключичной линии.

7. После анестезии кожи межрёберного промежутка, следуя иглой по верхнему безопасному краю ребра проводится (плевральной иглой меньшего диаметра для воздуха, или большего для вязких жидкостей), проникновение в плевральную полость.

8. Подтягивание поршнем шприца позволяет обнаружить жидкость (транссудат, серозный или гнойный выпот, Потягивание штоком шприца позволяет обнаружить жидкость (транссудат, серозный или гнойный выпот, кровь, лимфу молочного вида, раковый плеврит с геморрагическим оттенком) или воздух при спонтанном или травматическом пневмотораксе, гемопневмотораксе, пиопневмотораксе. Малые коллекции откачиваются большим шприцом с забором выпота для лабораторного исследования в пробирки (транссудат, экссудат, рост микрофлоры, атипические клетки из осадка). Большие объёмы удаляются электроотсосом, меняя направление иглы, что облегчает наличие эластичного переходника. После удаления иглы место пункции укрывается асептической наклейкой.

9. Ошибкой будет неправильный выбор места пункции для извлечения плевральной коллекции особенно несвободной (раздробленной) с получением ложноотрицательного результата. Место пункции приходится намечать под рентгенконтролем в 2-х проекциях, а иглу или большого перемещать в различных направлениях.

При тонкослойных щелевидных коллекциях возможен вкол в ткань лёгкого с получением воздуха или крови, при низких пункциях на уровне плевральных синусов попадание иглы в фибрин или диафрагму или даже печень тоже даст ложноотрицательный результат. Густой вязкий выпот может не пройти через тонкую иглу.

10. Осложнениями являются повреждение межреберных сосудов с развитием гемоторакса, требующего рентгенконтроля, контроля гемодинамики, компенсации кровопотери и, при больших формах, плеврального дренирования с реинфузией крови.

10. Для профилактики контакта с межреберным сосудисто-нервным пучком игла проводится строго по верхнему краю ребра. Пневмоторакс возможен как при проколе лёгкого, так и при попадании воздуха извне. Для предупреждения игла должна вводиться медленно с разряжением в шприце и фиксацией после получения и аспирации выпота. Процедура проводится с поддержанием герметизма системы игла-шприц-отсос через резиновые переходники, пережимаемые зажимом при снятии шприца или отсоса. При возникновении значительного пневмоторакса,

подтверждённого рентгенологически, прибегают к плевральному дренированию с контролем расправления лёгкого.

Инструментальная техника плеврального дренирования.

- Малоинвазивное оперативное вмешательство с целью удаления газовых и жидкостных патологических коллекций из плевральных полостей через герметичный трубчатый дренаж.
- Показано при устойчивых газо-жидкостных коллекциях, не устраняемых плевральной пункцией, травматического или воспалительного генеза, обязательный элемент окончания операций на органах грудной полости, проводимых через торакотомию.
- Противопоказаний нет, поскольку достаточность внешнего дыхания является физиологическим условием жизни.
- Оснащение: стерильные пинцет, шарики, салфетки, резиновые перчатки, средства дезинфекции кожи, инъекционные иглы и шприцы общего назначения, анестетики (0,5% новокаин или лидокаин), колющий скальпель, длинный зажим Бильрота, ножницы, иглодержатель и шовный материал для кожи, троакар или троакарный дренаж, импровизированные мультиперфорированные или табельные (промышленного производства, снабженные рентгенконтрастной меткой по длине и разметкой по глубине введения) дренажные трубки из поливинилхлорида, лейкопластырь, пробирки для лабораторного исследования содержимого плевральной полости, устройства для герметизирующего дренирования (подводного по Бюлау, аппарат Боброва или «Евровак»).
- Больной укладывается на операционный стол на спине с рукой, запрокинутой за голову на стороне дренирования с целью расширения межреберных промежутков. Место проведения дренажа определяется локализацией и качеством патологической коллекции: для воздуха во II межреберье по среднеключичной линии, для удаления жидкостей в V-VII межреберьях по передней, средней или задней подмышечным линиям в зависимости от органолептических, рентгенологических и пункционных находок. После обработки и ограничения поля проводится местная инфильтрационная анестезия кожи, межреберных мышц, надкостницы ребер по верхнему краю и париетальной плевры (возможно в/в потенцирование или блокада межреберных нервов выше и ниже места установки дренажа). Кожный разрез-прокол делается вдоль нижележащего ребра, дренажный канал с установкой плеврального дренажа создается тремя способами:

1) тоннелизацией зажимом, введенным в кожную рану и проводимым с соскальзыванием с верхнего края ребра в плевральную полость, что сопровождается характерным шумом выходящего воздуха или излиянием жидкости; канал расширяется диссекцией, ревизуется пальцем, пальпирующим легкое, после чего по пальцу или между браншами зажима проводится дренажная трубка снизу вверх до метки на уровне 8-10см выше последнего бокового отверстия; выше и ниже выхода трубки накладываются герметизирующие вертикальные матрасные швы, нитями которых фиксируется дренажная трубка; на конец её после забора жидкости для лабораторного исследования на микрофлору и чувствительность к антибиотикам накладывается зажим.

2) тоннель создаётся соскальзывающим с верхнего края ребра в межреберье и плевральную полость троакаром меньшего диаметра для воздуха, большего – для жидкостных коллекций, через который после удаления штыка и подтверждения попадания в полость проводится дренажная мультиперфорированная трубка соответствующей длины и диаметра с отметкой уровня кожи маркером или лигатурой; после извлечения троакара дренаж выводится до кожной метки и фиксируется матрасными кожно-подкожными швами, защищается асептической наклейкой и герметизируется после забора экссудата наложением зажима.

3) тоннель создаётся одноразовым троакарным дренажом-катетером фирменного производства, через просвет которого проходит штык-проводник; после удаления штыка подтверждается отделяемым стояние дренажа в плевре и он фиксируется кожными швами на уровне метки, закрывается асептической наклейкой и зажимом.

Все технические варианты плеврального дренирования завершаются в палате соединением дренажной трубки с устройством герметизации в виде обратного клапана или водяного затвора, реализующими принцип: «Оттуда – всё, туда – ничего», позволяющий сохранить герметизм плевральной полости – основное условие физиологии внешнего дыхания. Уход за дренажными устройствами: контроль количества и качества отделяемого, опорожнение и дезинфекция сосудов-приёмников с сохранением герметизма дренажей является обязательным навыком сестринского дела. Контроль эффективности дренирования осуществляется наблюдением за отделяемым, клинической и рентгенологической оценкой состояния легких. После удаления патологической коллекции и расправления легкого дренаж удаляется на фоне приёма Вальсальвы с дополнительной герметизацией раны лейкопластырем.

- Ошибки и осложнения могут быть связаны: с неправильной установкой дренажа вне зоны патологической коллекции при несвободных расположениях и фибротораксах, что требует повторного поиска и дренирования; кровотечением из межреберных артерий или раны легкого с возникновением гемоторакса, в условиях инфекции потеря крови по дренажу более 200 мл в час или суммарно превышающая 1 литр требует торакотомии и оперативного гемостаза; отсутствие герметизма в дренажной системе или сборнике приведет к персистированию пневмоторакса, что требует контроля системы или вакуумирования её.

Техника исследования брюшной полости парацентезом и «шарящим» катетером.

- Малоинвазивная операция с целью установления и опорожнения патологических коллекций в брюшной полости травматического, опухолевого, воспалительного или трансудативного происхождения.
- Показания: уточняющая диагностика асцитов, асцит-перитонитов, перитонитов неясного генеза, малых гемоперитонитов и хилезных асцитов; лечебными целями являются: облегчение болей и дискомфорта в животе, устранение напряженных выпотов, затрудняющих внешнее дыхание.
- Противопоказаниями являются коагулопатии, кишечная непроходимость, спаечная болезнь брюшной полости, беременность во 2-й половине.
- Оснащение: стерильные пинцет, шарики, салфетки, резиновые перчатки, дезинфектанты кожи, инъекционные иглы и шприцы общего назначения, анестетики (0,5% новокаин, лидокаин), колющий скальпель, троакар и полихлорвиниловые трубки соответствующего диаметра и длины, пробирки и банки для лабораторного исследования содержимого коллекции на микрофлору и атипические клетки из осадка, электроотсос, иглодержатель и шовный материал для кожи, лейкопластырь.
- После перкуторного или пункционного подтверждения границ коллекции больной укладывается на операционный стол на спине (при дыхательной недостаточности в кресле с фартуком на ногах в положении полусидя). Место прокола вне проекции эпигастральных сосудов в параректальной или подвздошной области, или по средней линии ниже пупка дезинфицируется и отграничивается. После послойной инфильтрационной анестезии и надсечения кожи скальпелем при напряжении большим животом троакаром или троакарным катетером прокалывается брюшная стенка. После извлечения штыка наблюдается истечение содержимого, которое оценивается органолептически и берется в пробирки и банки для лабораторного исследования. При больших объёмах коллекции опорожнение ускоряется электроотсосом под контролем состояния больного и гемодинамики. При малых и отграниченных коллекциях границы ревизии брюшной полости расширяются проведением через троакар поливинилхлоридной трубки с боковыми отверстиями в разных направлениях с улавливанием отдаленных от пункционного канала жидкостных коллекций спонтанно, или вакуумируя «шарящий» катетер шприцом или отсосом. Если не устанавливаются показания для лечебной лапаротомии, то после удаления троакара с наложением кожных швов, дренажная трубка, соединенная с контейнером-приёмником, может

быть оставлена для контроля или введения лекарственных веществ (антисептики, цитостатики) в качестве ирригатора.

- Ошибки и опасности операции связаны с местными осложнениями: кровотечение из сосудов брюшной стенки или брыжейки с гемоперитонеумом; перфорация кишки, или наполненного мочевого пузыря с развитием соответственно бактериального и мочевого перитонита, что потребует экстренной или срочной лечебной лапаротомии. Продолжительное истечение жидкости из троакарной раны требует дополнительного прошивания её. Осложнением системного характера является артериальная гипотензия с обмороком или сосудистым коллапсом, возникающая при быстром удалении внутрибрюшной жидкости в результате перемещения крови «ex vaso» из системного кровотока и вазовагальных рефлексов, что требует инфузии плазмозаменителей.

Оценка R-грамм грудной клетки и брюшной полости при гнойных заболеваниях серозных полостей.

- Доступный врачу общей практики и хирургу уточняющий метод визуальной диагностики воспалительных и травматических заболеваний серозных полостей.
- Показана при острых воспалительных заболеваниях органов грудной и брюшной полостей и полостной травме в неотложном или срочном порядке.
- Противопоказанием является тяжесть состояния, не позволяющая транспортировать больного в рентгенкабинет и производить снимки в положении стоя. Использование передвижных рентгеноаппаратов позволяет производить снимки в палате или на каталке, но снимки полостей в положении лежа менее информативны.
- Для производства необходимо наличие рентгенкабинета или передвижного аппарата, лаборатории, квалифицированного рентгенлаборанта, негатоскопа для просмотра снимков.
- Визуальная оценка снимков дает ценную информацию о состоянии серозных полостей и находящихся в них органах. Обзорный снимок грудной полости в 2^x проекциях демонстрирует расширение тени сердца при выпотном перикардите со снижением пульсации при рентгеноскопии сердца. Жидкостные коллекции в плевральной полости затеняют диафрагмальные синусы при количестве до 300 мл, перекрывают лёгочные поля до угла лопатки при среднем гидротораксе (до 1 литра) и легочное поле до 2-го ребра при большом гидротораксе. Отграниченные (осумкованные) коллекции требуют полипозиционной рентгеноскопии врачом-рентгенологом. Реактивные медиастинальные выпоты – спутник медиастинита, реактивные в легочных синусах говорят о неблагоприятии в брюшной полости или забрюшинном пространстве. Наличие просветления от свободного газа со сдавлением лёгкого говорит о пневмотораксе, наличие свободного газа вверху и жидкостного затемнения внизу с четкой горизонтальной границей указывает на критическую ситуацию гидропневмоторакса с разгерметизацией плевральной полости.

Обзорный снимок брюшной полости обязательный вид уточняющего исследования при ряде острых хирургических заболеваний её органов и тупой травме живота. Наличие свободного газа под куполами диафрагмы (серп) подтверждает перфорацию полых органов, а высокое стояние куполов с ограничением дыхательных экскурсий говорит о поддиафрагмальном перитоните (поддиафрагмальном абсцессе). Равномерное вздутие кишечных петель (парез кишечника) – симптом перитонита и забрюшинной флегмоны, неравномерное вздутие с арками газа и уровнями чаш Клойбера говорит об острой кишечной непроходимости, симптом изолированной вздутой кишечной петли является признаком кишечной странгуляции (заворота, узлообразования).

Ошибки связаны с низким качеством снимков, затрудняющим их интерпретацию, или отсутствием визуального опыта чтения рентгенограмм

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения

- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

1) Алгоритм разбора задач изложен выше

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

1. У больного 58 лет двое суток назад появились боли в эпигастрии, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократно рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал грелку к животу, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились и распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжёлое. Сознание спутано, эйфоричен. Пульс 128 ударов в минуту, АД 95/60 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот напряжён и болезненный во всех отделах, но больше в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины по всему животу. Температура субфебрильная. Лейкоцитоз в крови – $18,0 \times 10^9$ /л с резким палочкоядерным сдвигом влево.

Выделите основные синдромы и симптомы.

Укажите наиболее вероятную причину перитонита.

Какие лечебно-диагностические мероприятия должны предшествовать операции?

Какова тактика лечения больного?

- Установлен диагноз «Общий аппендикулярный перитонит в токсической стадии».
- Показана экстренная операция после 2-х часовой интенсивной подготовки по назначению анестезиолога-реаниматолога.
- Верхняя срединная лапаротомия с внутривенным комбинированным наркозом и ИВЛ. При ревизии должен быть обнаружен деструктивно изменённый червеобразный отросток и признаки разлитого фибринозно-гнойного перитонита. Выполнена операция аппендектомии, многократная санация брюшной полости и дренирование 4-х точек.
- Дальнейшая интенсивная терапия в ОРИТ.

3). Задачи для самостоятельного разбора на занятии

У больного 32 лет, алкоголика, страдающего абсцедирующей пневмонией, внезапно появились острые боли в грудной клетке справа, цианоз и резкая одышка. Гектическая лихорадка с ознобом, тахикардия и снижение АД до 80/40 мм.рт.ст. При осмотре обращает внимание тяжесть состояния, участие в дыхании добавочной мускулатуры, отставание грудной клетки справа. При перкуссии коробочный звук в верхних отделах и укорочение в нижних отделах лёгкого справа горизонтальной границей.

- Ваш диагноз?
- Какие методы экстренного дополнительного исследования необходимо использовать?
- Какой объём неотложного лечения необходимо применить?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

2) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Этиология гнойных заболеваний серозных полостей, пути проникновения инфекции в них, причины тяжести осложнений и исходов в этой группы больных, требующих экстренной или срочной диагностики и оперативного лечения (токсикогенность, шокогенность, септикогенность, полиорганная недостаточность).

2. Клинические формы эмпием плевры, их первичная и уточняющая диагностика, принципы местного и общего лечения. Пиопневмоторакс как критическое состояние

3. Клинические формы и стадии развития перитонита, первичная диагностика «острого живота» и висцеральной колики, способы уточнения в ЭХО, принципы хирургического лечения и интенсивной терапии в ОРИТ.

4. Топическая диагностика отграниченных внутрибрюшных абсцессов и их хирургическое лечение в различные фазы развития.

5. Клиническая оценка гнойного лептоменингита и экссудативного перикардита, принципы их местного и общего лечения в условиях специализированных отделений и ОРИТ.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

1. Укажите количество серозных полостей у:

- а) мужчин;
- б) женщин.

2. Наиболее часто гнойный менингит вызывается:

- а) стафилококком;
- б) гемофильной палочкой;
- в) стрептококком и клебсиеллой;
- г) менингококком и пневмококком;
- д) синегнойной палочкой.

3. Определите правильные причинные связи:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| а) серозный перикардит; | 1) пиогенная кокковая инфекция; |
| б) фибринозный перикардит; | 2) туберкулёзная инфекция; |
| в) гнойный перикардит; | 3) азотемия; |
| г) панцирный (фиброзный) перикардит; | 4) канцероматоз; |
| д) геморрагический перикардит; | 5) ревматизм. |

4. Какой объём выпота в плевральной полости соответствует среднему гидротораксу?

- а) до 250 мл;
- б) до 500 мл;
- в) до 1000 мл;
- г) до 2000 мл;
- д) до 3000 мл.

5. Брюшина выполняет функцию:

- а) резорбтивную;
- б) секреторную;
- в) барьерную;
- г) обеспечивает скольжение подвижных органов;
- д) все вышеперечисленные функции.

6. Скопление жидкости в полости перикарда с возникновением тампонады сердца сопровождается всеми нарушениями гемодинамики, кроме:

- а) понижения АД;

- б) снижения ЦВД;
- в) снижения МОК;
- г) развития лёгочной гипертензии;
- д) снижения систолического выброса.

7. При тампонаде сердца в первую очередь показано:

- а) пункция перикарда;
- б) переливание крови;
- в) мочегонные с целью дегидратации;
- г) гемостатическая терапия;
- д) антибиотики.

8. Для сдавливающего перикардита («панцирного сердца») характерно:

- 1) повышение артериального давления;
- 2) гипопротеинемия;
- 3) высокое венозное давление;
- 4) резкое снижение вольтажа ЭКГ;
- 5) лейкопения.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1, 3, 4;
- в) 2, 3, 5;
- г) 2, 3, 4;
- д) 1, 3, 5.

9. Наиболее частыми осложнениями острого абсцесса лёгкого являются:

- 1) эмпиема плевры;
- 2) пиопневмоторакс;
- 3) флегмона грудной стенки;
- 4) амилоидоз;
- 5) абсцесс головного мозга;
- 6) лёгочное кровотечение.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 6;
- б) 1, 2, 4;
- в) 2, 3, 5;
- г) 3, 4, 6;
- д) 2, 5, 6.

10. Для гидроперикарда характерно всё, кроме:

- а) увеличения перкуторных размеров сердца;
- б) исчезновения верхушечного толчка;
- в) глухости тонов сердца;
- г) отсутствия рентгенологической пульсации сердца;
- д) шума трения перикарда.

11. Возможны все формы плевритов, кроме:

- а) фибринозного;
- б) серозного;
- в) обструктивного;
- г) гнойного;
- д) геморрагического.

12. Для спонтанного пневмоторакса не характерно:

- а) одышка в покое;
- б) болевой синдром вплоть до шока;
- в) горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости;
- г) тахикардия;
- д) изменение перкуторного звука.

13. Выберите лечебные мероприятия при острой эмпиеме плевры:

- 1) антибиотикотерапия;
- 2) плевральный дренаж;
- 3) дезинтоксикация;
- 4) санационная бронхоскопия;
- 5) срочная плеврэктомия с декортикацией лёгкого.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1 и 3; в) 2 и 4; г) 4, 5; д) все указанные.

14. Острый пиопневмоторакс характеризуется:

- 1) резкой одышкой;
- 2) тахикардией;
- 3) появление горизонтального уровня в плевральной полости;
- 4) шокогенной болью;
- 5) гипотензией.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1 и 3; в) 2 и 4; г) 3, 5; д) всем указанным.

15. При острой эмпиеме плевры в первую очередь применяют следующие формы лечения:

- 1) курс санационных бронхоскопий;
- 2) плевральные пункции с промыванием антисептиками и введением антибиотиков;
- 3) дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого;
- 4) дезинтоксикационная и антибиотикотерапия;
- 5) срочная операция – плеврэктомия с декортикацией лёгкого.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 4; б) 2, 3, 5; в) 3, 4, 5; г) 2, 3, 4; д) 1, 3, 5.

16. Хронической эмпиема плевры считается:

- а) со второй недели от начала заболевания;
- б) с четвёртой недели;
- в) с шестой недели;
- г) после восьми недель;
- д) после трёх месяцев.

17. При развитии пиопневмоторакса в первую очередь необходимо:

- а) эндотрахеальная заливка протеолитических ферментов;

- б) дренирование плевральной полости;
- в) антибиотикотерапия;
- г) рентгенотерапия;
- д) оксигенотерапия.

18. Острый гнойный плеврит характеризуется:

- 1) высокой лихорадкой;
- 2) одышкой в покое;
- 3) скоплением жидкости в плевральной полости; не имеющей горизонтального уровня;
- 4) болями в грудной клетке;
- 5) скоплением жидкости в плевральной полости с горизонтальным уровнем.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3, 4; б) 2, 3, 4, 5; в) 1, 3, 4, 5; г) 2, 3, 5; д) верно всё.

19. Симптомокомплексом «острого живота» является сочетание:

- 1) рвоты;
- 2) болей в животе;
- 3) кровавого стула;
- 4) напряжения мышц брюшной стенки;
- 5) задержки стула и газов;
- 6) симптомов раздражения брюшины.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1 и 3; в) 2, 4, 6; г) 3 и 5; д) всего.

20. Симптомами распространённого гнойного перитонита являются:

- 1) частый слабый пульс;
- 2) напряжение мышц брюшной стенки;
- 3) вздутие живота;
- 4) скопление жидкости в отлогих местах живота;
- 5) высокая лихорадка;
- 6) отсутствие кишечных шумов.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 4; б) 2, 4, 5; в) 1, 4, 5; г) 2, 3, 4, 5; д) верно всё.

21. Какие различают стадии перитонита?

- 1) паралитическая;
- 2) токсическая;
- 3) тотально-разливающая;
- 4) полиорганной недостаточности (терминальная);
- 5) транссудативная;
- 6) реактивная.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 4; б) 2, 4, 6; в) 5, 6; г) 2, 3, 4; д) верно всё.

22. Реактивная стадия перитонита продолжается:

- а) 4-6 часов;
- б) 24 часа;
- в) 48 часов;
- г) 72 часа;
- д) неделя.

23. Для поздней стадии перитонита характерно всё, кроме:

- а) вздутия живота;
- б) обезвоживания;
- в) исчезновения кишечных шумов;
- г) гипопроотеинемии;
- д) усиления перистальтики кишечника.

24. К клиническим проявлениям токсической фазы перитонита относятся:

- 1) вздутие живота;
- 2) падение артериального давления;
- 3) частый слабый пульс;
- 4) рвота, жажда;
- 5) одышка;
- б) отсутствие перистальтики.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 4, 5; б) 2, 4, 5, 6; в) 1, 2, 5, 6; г) 1, 2, 3, 4; д) верно всё.

25. Лечение распространённого перитонита предусматривает:

- 1) устранение источника перитонита;
- 2) санацию и дренирование брюшной полости;
- 3) коррекцию водно-электролитных нарушений;
- 4) комбинированную антибактериальную терапию;
- 5) дезинтоксикационную терапию.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3; б) 3, 4, 5; в) 3, 4; г) 1, 2, 3, 4; д) верно всё.

26. Самой частой причиной фибринозно-гнойного перитонита является:

- а) о. деструктивный аппендицит;
- б) прободная язва желудка и 12-перстной кишки;
- в) гнойный сальпингит;
- г) о. деструктивный холецистит;
- д) меккелев дивертикулит.

27. Наиболее эффективным способом уточняющей диагностики перитонита является:

- а) фиброгастроуденоскопия;
- б) УЗИ брюшной полости;
- в) лапароцентез;
- г) лапароскопия;
- д) обзорная рентгеноскопия брюшной полости.

28. При подозрении на перфорацию полого органа брюшной полости основным методом исследования является:

- а) лапароскопия;
- б) обзорная рентгенография органов брюшной полости;
- в) УЗИ;
- г) ирригоскопия;

д) гастроскопия.

29. При первичном перитоните инфицирование брюшной полости происходит:

- а) при перфорации полых органов;
- б) при гангрене червеобразного отростка;
- в) при воспалении придатков матки;
- г) гематогенным путём;
- д) при ранении кишечника.

30. Укажите правильную хирургическую тактику при поступлении в ЭХО больного в токсической стадии разлитого перитонита:

- а) срочная операция после 24-часовой подготовки;
- б) экстренная операция после введения сердечных средств и вазопрессоров;
- в) экстренная операция после 2-х часовой инфузионной терапии;
- г) срочная операция после полной ликвидации дефицита ОЦК, электролитов, белка плазмы;
- д) экстренная операция немедленно после подтверждения диагноза.

31. Укажите особенности, предрасполагающие к распространённому перитониту у детей:

- 1) недоразвитие большого сальника;
- 2) низкие пластические свойства брюшины;
- 3) экссудативный характер воспаления;
- 4) своеобразие кишечной микрофлоры;
- 5) малый объём брюшной полости.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 4, 5; б) 1, 4, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 2, 3; д) 1, 3, 4.

32. По степени распространенности выделяют перитонит:

- а) лёгкий, средний, тяжёлый;
- б) осумкованный и свободный;
- в) местный, диффузный, общий;
- г) начальный, токсический, терминальный;
- д) предбрюшинный, внутрибрюшинный, забрюшинный.

33. Перитонит определяется как диффузный, если в воспалительный процесс вовлечена брюшина:

- а) 2-х анатомических областей брюшинной полости;
- б) от 2-х до 5 анатомических областей полости;
- в) в процесс вовлечена вся брюшина;
- г) в процесс вовлечена одна анатомическая область, отграниченная спайками;
- д) все ответы верны.

34. При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения необходимо:

- а) средне-нижняя срединная лапаротомия;
- б) аппендэктомия;
- в) промывание брюшной полости;
- г) дренирование брюшной полости;
- д) всё перечисленное.

35. В отношении кишечной палочки высокоактивными являются все антибиотики, кроме:

- а) линкомицина;
- б) цефатаксима;
- в) оксациллина;
- г) амикацина;
- д) гентамицина.

36. Для поддиафрагмального абсцесса характерно всё, кроме:

- а) снижения дыхательной экскурсии лёгких;
- б) высокого стояния купола диафрагмы;
- в) содружественного эксудативного плеврита;
- г) болей в подреберьи с иррадиацией в ключицу;
- д) диареи и тенезмов.

37. Лучшим вариантом лечения поддиафрагмального абсцесса является:

- а) консервативное лечение антибиотиками;
- б) внебрюшинное вскрытие и дренирование;
- в) лапаротомия, вскрытие и тампонирование абсцесса;
- г) повторные пункции абсцесса под УЗИ-контролем;
- д) всё перечисленное неверно.

38. Укажите дополнительный метод лечения острого гнойного перитонита, наиболее часто применяемый в послеоперационном периоде:

- а) дренирование грудного лимфатического протока;
- б) гемосорбция;
- в) форсированный диурез;
- г) эндолимфатическое введение антибиотиков;
- д) локальная внутрибрюшинная гипотермия.

39. Перитонеальный диализ – это:

- а) проточное промывание брюшной полости эквilibрированными растворами антисептиков;
- б) внутрибрюшное введение антисептиков;
- в) внутрибрюшное введение протеолитических ферментов;
- г) широкая лапаротомия и санация брюшной полости растворами антисептиков;
- д) все ответы верны.

40. Все нижеприведённые утверждения относительно внутрибрюшных абсцессов верны, кроме:

- а) самая частая причина их – перфорация полых органов;
- б) лечение – вскрытие и дренирование абсцесса;
- в) топическая диагностика межкишечных абсцессов сложна;
- г) УЗИ, КТ способствуют топической диагностике;
- д) основной этиологический фактор – стафилококк.

Эталон ответов: 1. а-б, б-4; 2. -г; 3. а-3, б-5, в-1, г-2, д-4; 4. -в; 5. -д; 6. -б; 7. -а; 8. -г; 9. -а; 10. -д; 11. -в; 12. -в; 13. -а; 14. -д; 15. -г; 16. -г; 17. -б; 18. -а; 19. -в; 20. -д; 21. -б; 22. -а;

23. –д; 24. –д; 25. –д; 26. –а; 27. –г; 28. –б; 29. –г; 30. –в; 31. –г; 32. –в; 33. –б; 34. –д; 35. –а; 36. –д; 37. –б; 38. –в; 39. –а; 40. –д.

4). Подготовить презентацию на тему «Принципы диагностики и лечения перитонитов.» , «Виды плевритов. Консервативное и оперативное лечение».

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/К. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.7 Профессиональная сердечно-лёгочная реанимация.

Цель: . В овладении знаниями, умениями и навыками базисной и профессиональной сердечно-легочной реанимации.

Задачи: .

Ознакомить с видами, симптоматикой и диагностикой терминальных состояний.

.Научить проводить сердечно-легочную реанимацию пострадавшему, осуществлять контроль эффективности сердечно-легочной реанимации, деонтологическим моментам при уходе за агонирующими больными и проведению реанимационных мероприятий, а также вопросам медицинской деонтологии и этики при констатации смерти, обращении с трупом, беседе с родственниками.

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания).

Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

2. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Ведение медицинской документации после констатации смерти..
2. Назовите основные этапы умирания;
3. Каковы признаки клинической смерти?
4. Какие условия удлиняют продолжительность клинической смерти?;
5. Каковы признаки биологической смерти?;
6. Как осуществляется уход за трупом?
7. Каковы признаки клинической смерти?
8. Назовите компоненты сердечно-легочной реанимации;

2. Практическая работа

Освоить манипуляции по алгоритму:

Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):

- Определение манипуляции.
- Показания.
- Противопоказания.
- Оснащение.
- Техника выполнения.
- Возможные ошибки и осложнения (помощь при осложнениях).

Освоить практический навык: Алгоритмы манипуляций «Оживление организма в состоянии клинической смерти».

Цель: Оживление организма.

Показания: остановка дыхания и сердцебиения.

Противопоказания: наличие признаков биологической смерти, травма не совместимая с жизнью (отрыв головы, разможнение грудной клетки и пр.), у инкурабельных больных (онкобольных, тяжёлая форма инсульта и т. д.), если время с момента остановки сердца прошло более 25 минут при комнатной температуре окружающей среды.

Оснащение: не требуется.

Последовательность действий:

1. Прикоснитесь к пострадавшему и спросите его «Что с вами?», если он не отвечает, проверьте у него сердцебиение.
2. Охватите правой рукой запястье пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на локтевой стороне предплечья, а остальные пальпируют лучевую артерию, прижимая её к лучевой кости. Если периферическая пульсация отсутствует, пальпируйте пульс на сонных артериях.
3. Охватите правой рукой шею пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на задней поверхности шеи, а остальные, соскальзывая с переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, пальпируют сонную артерию, прижимая её к боковой поверхности шейного отдела позвоночника. Если пульс на сонных артериях отсутствует, значит, отсутствует сердцебиение.
4. Поднесите к носу пострадавшего зеркальце, если оно не запотеет, значит, дыхание отсутствует.

При отсутствии зеркальца можно поднести к носу пострадавшего нитку, если нет ритмичного отклонения нитки поднесённой к носу, значит, дыхание отсутствует.

5. Первым и вторым пальцами кисти разведите веки пострадавшего, если при попадании света на зрачок он не суживается, значит, реакция зрачка на свет отсутствует.

6. Проверьте, нет ли у пострадавшего признаков биологической смерти (трупных пятен и трупного окоченения) - осмотрите у него подлежащие участки тела.

При отсутствии признаков биологической смерти приступайте к сердечно-лёгочной реанимации пострадавшего.

7. Уложите пострадавшего на спину на твёрдую поверхность.

8. Встаньте у изголовья сбоку от пострадавшего.

9. С помощью тройного приёма обеспечьте проходимость дыхательных путей:

а) левую руку положите на лоб пострадавшего, правую под затылок - запрокиньте голову пострадавшего назад и подложите под плечи ему валик из одежды.

б) охватите указательными пальцами углы нижней челюсти пострадавшего и упираясь большими пальцами в верхнюю челюсть, попытайтесь выдвинуть нижнюю челюсть вперёд.

в) нажатием на подбородок правой рукой откройте рот пострадавшего.

г) указательным пальцем этой руки, обмотанным носовым платком проведите ревизию ротовой полости пострадавшего и очистите рот ему от слизи и инородных тел.

10. На рот пострадавшего положите носовой платок с небольшим отверстием в центре.

11. Первым и вторым пальцами левой руки зажмите отверстия носа пострадавшего.

12. Глубоко вдохните и сделайте энергичный выдох в дыхательные пути пострадавшего, через рот (выдох пострадавшего происходит пассивно), во время выдоха пострадавшего отведите в сторону свою голову.

13. Приступайте к наружному массажу сердца:

а) положите, скрестив руки ладонной поверхностью одна на другую - в центре нижней трети грудины пострадавшего на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка, при этом пальцы рук приподняты, а руки разогнуты и зафиксированы в локтях;

б) произведите сильное, энергичное, быстрое - 1 секунда надавливание, всей тяжестью тела, смещая при этом грудину пострадавшего на 4-5 см.

в) отпустите руки быстро на 1 секунду;

г) при одном реаниматоре чередуйте 2 вдоха с 15 нажатиями на грудную клетку; при двух реаниматорах чередуйте 1 вдох с 5 нажатиями на грудную клетку.

14. Во время реанимационных мероприятий контролируйте их эффективность, если мероприятия эффективны, то при ИВЛ - в момент вдоха отмечается приподнимание грудной клетки пострадавшего, при наружном массаже — в момент нажатия на грудную клетку пострадавшего определяется пульсовая волна на центральных и периферических артериях.

15. При эффективности реанимационных мероприятий, продолжайте их в течение получаса. Если в течение этого времени у пострадавшего не появились спонтанное сердцебиение и дыхание реанимацию следует прекратить.

Алгоритмы манипуляций «Аппаратная сердечно-лёгочная реанимация с использованием

воздуховода (трубки Сафара)»

Цель: оживление организма.

Показания: остановка дыхания и сердцебиения.

Противопоказания: наличие признаков биологической смерти, травма не совместимая с жизнью (отрыв головы, разможнение грудной клетки и пр.), у инкурабельных больных (онкобольных, тяжёлая форма инсульта и т. д.), если время с момента остановки сердца прошло более 25 минут при комнатной температуре окружающей среды.

Оснащение: трубка Сафара, роторасширитель, языкодержатель. **Последовательность действий.**

1. Увидев пострадавшего лежащего неподвижно с закрытыми глазами, подойдите к нему.
2. Прикоснитесь к пострадавшему и спросите его «Что с вами?», если он не отвечает, проверьте у него сердцебиение.
3. Охватите правой рукой запястье пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на локтевой стороне предплечья, а остальные пальцы прижимали лучевую артерию, прижимая её к лучевой кости. Если периферическая пульсация отсутствует, пальпируйте пульс на сонных артериях.
4. Охватите правой рукой шею пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на задней поверхности шеи, а остальные, соскальзывая с переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, пальпировали сонную артерию, прижимая её к боковой поверхности шейного отдела позвоночника. Если пульс на сонных артериях отсутствует, значит, отсутствует сердцебиение.
5. Поднесите к носу пострадавшего зеркальце, если оно не запотеваает, значит, дыхание отсутствует. При отсутствии зеркальца можно поднести к носу пострадавшего нитку, если нет ритмичного отклонения нитки поднесённой к носу, значит, дыхание отсутствует.
6. Первым и вторым пальцами кисти разведите веки пострадавшего, если при попадании света на зрачок он не суживается, значит, реакция зрачка на свет отсутствует.
7. Убедившись в том, что пострадавший находится в состоянии клинической смерти, попробуйте позвать на помощь - закричите: «*Помогите!*» или воспользуйтесь мобильным телефоном (при его наличии) и быстро приступайте к сердечно-лёгочной реанимации.
8. Уложите пострадавшего на спину на твёрдую поверхность.
9. Освободите ему грудную клетку от стесняющей одежды.
10. Сделайте перикардальный удар - кулаком с высоты 20 см дважды ударьте по грудной клетке в точке компрессии, при отсутствии эффекта продолжите реанимацию (ИВЛ, закрытый массаж).
11. Встаньте у изголовья сбоку от пострадавшего.
12. С помощью роторасширителя откройте рот пострадавшему: введите бранши роторасширителя между губами пострадавшего и, отодвинув ими щеку, продвиньте бранши в ротовую полость позади коренных зубов, нажатием на ручки роторасширителя разведите бранши и приоткройте рот пострадавшего.
13. Проведите ему туалет ротовой полости.
14. Браншами языкодержателя, захватите язык и достаньте его изо рта пострадавшего.
15. Введите трубку Сафара между зубами пострадавшего, выпуклой стороной вниз, а затем поверните этой стороной вверх и продвиньте по языку вплоть до его корня.

16. Отверстия носа пострадавшего зажмите двумя большими пальцами, а указательными пальцами придвиньте резиновый щиток ко рту. Остальными тремя пальцами обеих рук за углы нижней челюсти подтяните подбородок вперёд.

17. Сделайте глубокий вдох, и с силой выдохните в мундштук воздуховода, выдох пострадавшего происходит пассивно (во время выдоха пострадавшего отведите в сторону свою голову)

18. Приступайте к наружному массажу а) положите, скрестив руки ладонной поверхностью одна на другую - в центре нижней трети грудины пострадавшего на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка, при этом пальцы рук приподняты, а руки разогнуты и зафиксированы в локтях.

б) произведите сильное, энергичное, быстрое - 1 секунда надавливание, всей тяжестью тела, смещая при этом грудину пострадавшего на 4-5 см.

в) отпустите руки быстро на 1 секунду.

г) при одном реаниматоре чередуйте 2 вдоха с 15 нажатиями на грудную клетку; при двух реаниматорах чередуйте 1 вдох с 5 нажатиями на грудную клетку.

19. Во время реанимационных мероприятий контролируйте их эффективность, если мероприятия эффективны, то при ИВЛ - в момент вдоха отмечается приподнимание грудной клетки пострадавшего, при наружном массаже - в момент нажатия на грудную клетку пострадавшего определяется пульсовая волна на центральных и периферических артериях.

20. При эффективности реанимационных мероприятий, продолжайте их в течение получаса. Если в течение этого времени у пострадавшего не появились спонтанное сердцебиение и дыхание реанимацию следует прекратить.

Алгоритмы манипуляций

Аппаратная сердечно-лёгочная реанимация с использованием мешка «АМБУ»

Цель: оживление организма.

Показания: остановка дыхания и сердцебиения.

Противопоказания: наличие признаков биологической смерти, травма не совместимая с жизнью (отрыв головы, размозжение грудной клетки и пр.), у инкурабельных больных (онкобольных, тяжёлая форма инсульта и т. д.), если время с момента остановки сердца прошло более 25 минут при комнатной температуре окружающей среды.

Оснащение: воздуховод, роторасширитель, языко держатель, мешок «АМБУ».

Последовательность действий.

1. Увидев пострадавшего лежащего неподвижно с закрытыми глазами, подойдите к нему.
2. Прикоснитесь к пострадавшему и спросите его «Что с вами?», если он не отвечает, проверьте у него сердцебиение.
3. Охватите правой рукой запястье пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на локтевой стороне предплечья, а остальные пальпировали лучевую артерию, прижимая её к лучевой кости. Если периферическая пульсация отсутствует, пальпируйте пульс на сонных артериях.
4. Охватите правой рукой шею пострадавшего так, чтобы первый палец располагался на задней поверхности шеи, а остальные, соскальзывая с переднего края грудиноключично-сосцевидной мышцы, пальпировали сонную артерию, прижимая её к

боковой поверхности шейного отдела позвоночника. Если пульс на сонных артериях отсутствует, значит, отсутствует сердцебиение.

5. Поднесите к носу пострадавшего зеркальце, если оно не запотевает, значит, дыхание отсутствует. При отсутствии зеркальца можно поднести к носу пострадавшего нитку, если нет ритмичного отклонения нитки поднесённой к носу, значит, дыхание отсутствует.
6. Первым и вторым пальцами кисти разведите веки пострадавшего, если при попадании света на зрачок он не суживается, значит, реакция зрачка на свет отсутствует.
7. Убедившись в том, что пострадавший находится в состоянии клинической смерти, попробуйте позвать на помощь - закричите: «*Помогите!*» или воспользуйтесь мобильным телефоном (при его наличии) и быстро приступайте к сердечно-лёгочной реанимации.
8. Уложите пострадавшего на спину на твёрдую поверхность.
9. Освободите ему грудную клетку от стесняющей одежды.
10. Сделайте перикардиальный удар - кулаком с высоты 20 см дважды ударьте по грудной клетке в точке компрессии, при отсутствии эффекта продолжите реанимацию (ИВЛ, закрытый массаж).
11. Встаньте у изголовья сбоку от пострадавшего.
12. С помощью роторасширителя откройте рот пострадавшему: введите бранши роторасширителя между губами пострадавшего и, отодвинув ими щеку, продвиньте бранши в ротовую полость позади коренных зубов, нажатием на ручки роторасширителя разведите бранши и приоткройте рот пострадавшего.
13. Проведите ему туалет ротовой полости.
14. Браншами языкодержателя, захватите язык и достаньте его изо рта пострадавшего.
15. Введите воздуховод между зубами пострадавшего, выпуклой стороной вниз, а затем поверните этой стороной вверх и продвиньте по языку вплоть до его корня. Возьмите мешок «АМБУ» и плотно прижмите к лицу маску, соединённую с мешком аппарата «АМБУ», поместив её на рот и нос пострадавшего (можно маску закрепить маскодержателем).

16. Одной рукой удерживая маску на лице пострадавшего, другой рукой сожмите мешок аппарата «АМБУ», вдувая воздух в лёгкие пострадавшего (выдох совершается пассивно в атмосферу).

17. Расслабьте руки, и мешок за счёт растягивания заполнится воздухом. Регулируйте ритм дыхания – вдох должен быть вдвое короче, чем.

18. Приступайте к закрытому массажу сердца:

а) положите, скрестив руки ладонной поверхностью одна на другую - в центре нижней трети грудины пострадавшего на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка, при этом пальцы рук приподняты, а руки разогнуты и зафиксированы в локтях.

б) произведите сильное, энергичное, быстрое - 1 секунда надавливание, всей тяжестью тела, смещая при этом грудину пострадавшего на 4-5 см.

в) отпустите руки быстро на 1 секунду.

г) при одном реаниматоре чередуйте 2 вдоха с 15 нажатиями на грудную клетку; при двух реаниматорах чередуйте 1 вдох с 5 нажатиями на грудную клетку.

19. Во время реанимационных мероприятий контролируйте их эффективность, если мероприятия эффективны, то при ИВЛ - в момент вдоха отмечается приподнимание грудной клетки пострадавшего, при наружном массаже - в момент нажатия на грудную клетку пострадавшего определяется пульсовая волна на центральных и периферических артериях.

20. При эффективности реанимационных мероприятий, продолжайте их в течение получаса. Если в течение этого времени у пострадавшего не появились спонтанное сердцебиение и дыхание реанимацию следует прекратить.

Результаты: могут быть представлены в виде рисунков с описанием схем проведения различных пункций и инъекций, записей в рабочих тетрадях студента.

Выводы должны подчеркивать значение применения неотложных мероприятий по спасению жизни больного или пострадавшего, профилактике жизнеугрожающих осложнений и экстренной госпитализации по медицинским показаниям.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

1) Алгоритм разбора задач изложен выше

Вы обнаружили на улице человека прилично одетого среднего возраста, лежащего на земле, на спине с закрытыми глазами. Вы решили ему помочь.

Как установить, жив человек или умер?

Ваши действия?

Решение задачи:

Чтобы установить, жив человек или умер необходимо провести следующие мероприятия:

1. С помощью словесно-контактного обращения убедиться в наличии или отсутствии сознания у пострадавшего.
2. Сердцебиение у пострадавшего проверить по пульсу, сначала на лучевых артериях, а затем на сонных.
3. Наличие дыхания у пострадавшего определить по запотеванию зеркала поднесённого к носу или по ритмичному отклонению нитки поднесённой к носу.
4. Оценить зрачок и его реакцию на свет после разведения век пострадавшего.
5. Если признаки жизни (дыхание и сердцебиение) у пострадавшего отсутствуют, то следует убедиться в том, а не умер ли он «насовсем», то есть проверить, нет ли у него признаков биологической смерти (трупных пятен и трупного окоченения). Убедившись в том, что пострадавший находится в состоянии клинической смерти по возможности, следует позвать на помощь - закричать: *«Помогите!»* или воспользоваться средствами связи (мобильным телефоном). И только после этого приступить к сердечно-легочной реанимации пострадавшего. уложив его на твердую поверхность

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

- Больному хирургического отделения внезапно стало плохо. Дежурная сестра быстро определила отсутствие признаков жизни у больного. Сообщила дежурному врачу о случившемся и до его прихода приступила к элементарной реанимации. Уложив больного на твердую поверхность, она произвела ему тройной приём и приступила к ИВЛ. К этому моменту подошел дежурный врач.

Какую ошибку в последовательности реанимационных мероприятий допустила сестра? И чем ошибка угрожает пострадавшему?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы самоконтроля.

-Что такое тройной прием САФАРА?

-Как проводить ИВЛ во время реанимации пострадавшего?

-Как проводить закрытый массаж сердца во время реанимации пострадавшего?

-Назовите основные критерии эффективности сердечно-легочной реанимации?

-Каковы показания к прекращению сердечно-легочной реанимации?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Примерно через какой срок наступает потеря сознания при внезапной остановке кровообращения? (время самореанимации)

а) через 7-10 сек.;

б) через 15-30 сек.;

в) через 35-45 сек.;

г) тотчас;

д) через минуту.

2. Основными признаками остановки кровообращения являются:

а) отсутствие сознания;

б) отсутствие пульса на сонных артериях;

в) отсутствие самостоятельного дыхания;

г) расширение зрачков;

д) все перечисленные симптомы.

3. При внезапной остановке кровообращения (асистолии) последовательно развивается ряд симптомов умирания. Укажите типичную последовательность их развития:

а) выключение сознания, судороги, расширение зрачков;

б) расширение зрачков, выключение сознания, судороги;

в) выключения сознания, расширение зрачков, развитие судорог;

г) появление судорог, расширение зрачков, выключение сознания.

4. Длительность периода клинической смерти составляет:

а) 1-2 мин.;

б) 5-7 мин.;

в) 8-10 мин.;

г) 10-15 мин.;

д) 15-20 мин..

5. В организации первичных реанимационных мероприятий во всём мире принято правило «АВС». В чём заключается его сущность?

- а) в необходимости знания населением, как алфавита, правил первичной реанимации;
- б) в комплексном применении 3^х приёмов, первые буквы названий которых выглядят как АВС (англ.);
- в) в необходимости строгой последовательности реанимационных мероприятий по аналогии с чередованием букв в алфавите;
- г) указанное правило отношения к реанимации не имеет.

6. Укажите правильное соотношение частоты ИВЛ и массирующих сердце движений при проведении сердечно-лёгочной реанимации:

- | | |
|----------------|----------|
| а) в одиночку; | 1) 1:3; |
| б) вдвоём; | 2) 1:5; |
| | 3) 1:10; |
| | 4) 2:10; |
| | 5) 2:15. |

7. При проведении закрытого массажа сердца ладони следует располагать:

- а) на верхней трети грудины;
- б) на границе верхней и средней трети грудины;
- в) на границе средней и нижней трети грудины;
- г) в области нижней трети грудины на два поперечных пальца выше основания мечевидного отростка;
- д) слева от грудины в области IV межреберья.

8. Укажите наиболее частое осложнение наружного массажа сердца при проведении СЛР у пожилых людей:

- а) повреждение печени;
- б) фибрилляция желудочков сердца;
- в) переломы ребер;
- г) пневмоторакс;
- д) повреждение сердца.

9. Показанием к открытому массажу сердца при сердечно-лёгочной реанимации является:

- а) ожирение;
- б) деформация позвоночника;
- в) множественные переломы рёбер;
- г) пневмоторакс;
- д) гемоторакс.

10. В какой области выполняется торакотомия для выполнения прямого массажа сердца?

- а) по парастеральной линии от 2-го до 5-го ребра слева;
- б) по среднеключичной линии с переходом на VI межреберье слева;
- в) по парастеральной линии слева с переходом на межреберье;
- г) по 5-му межреберному промежутку слева от грудины до передней подмышечной линии;

д) в проекции верхушки сердца по передней подмышечной линии.

11. Для проведения ИВЛ экспираторным способом «рот в рот» минимальным необходимым объемом воздуха является:

- а) 500 мл;
- б) 1000 мл;
- в) 1500 мл;
- г) 2000 мл;
- д) 2500 мл.

12. Критерием достаточной эффективности непрямого массажа сердца (40% нормального систолического объема) является:

- а) порозовение кожных покровов;
- б) повышение кожной температуры;
- в) повышение АД;
- г) появление пульсовой волны на сонных артериях;
- д) заполнение подкожных вен.

13. Укажите правильную последовательность действий при выполнении элементарной сердечно-лёгочной реанимации:

- а) экспираторная вентиляция «рот в рот», освобождение дыхательных путей, закрытый массаж сердца;
- б) освобождение дыхательных путей, экспираторная вентиляция, закрытый массаж сердца;
- в) закрытый массаж сердца, экспираторная вентиляция «рот в рот», освобождение дыхательных путей;
- г) освобождение дыхательных путей, закрытый массаж сердца, экспираторная ИВЛ «рот в рот».

14. На какое время прекращается ИВЛ и массаж сердца, если необходимо провести специальные методы СЛР (электродефибрилляцию и т.п.)?

- а) 5-10 секунд;
- б) 15-30 секунд;
- в) 40-60 секунд;
- г) 60-90 секунд;
- д) 2-3 минуты.

15. Препаратами жизнеспасения при фибрилляции желудочков сердца являются все, кроме:

- а) адреналин;
- б) атропин;
- в) лидокаин;
- г) строфантин;
- д) хлорид кальция.

16. С какого расчетного электрического заряда начинается электродефибрилляция у взрослого?

- а) 1 Дж на кг массы тела;
- б) 2 Дж на кг массы тела;
- в) 3 Дж на кг массы тела;

- г) 4 Дж на кг массы тела;
- д) 5 Дж на кг массы тела.

17. Назовите максимальную дозу адреналина, которую можно ввести внутривенно при СЛР за короткий промежуток времени (10-15 мин)?

- а) 3 мг;
- б) 5 мг;
- в) 7 мг;
- г) 10 мг;
- д) ограничений нет.

18. Как следует располагать электроды электродефибриллятора?

- а) один в области сердца, а другой – в области угла левой лопатки;
- б) электроды располагают по среднеподмышечным линиям;
- в) положительно заряженный электрод точно над верхушкой сердца, а отрицательно заряженный на уровне второго межреберья справа;
- г) красный электрод электродефибриллятора располагается на уровне II – III межреберья справа по среднеключичной линии, черный электрод – ниже левого соска;
- д) расположение электродов не имеет принципиального значения.

19. Медсестра утром, зайдя в палату для раздачи термометров, обнаруживает больного без сознания, пульса и АД. Спонтанное дыхание отсутствует, зрачки широкие, на свет не реагируют. Кожные покровы бледно-цианотичные, холодные, мышечного окоченения нет. Соседи по палате о времени наступления смерти не знают. Действия медсестры:

- а) начать сердечно-лёгочную реанимацию, позвав на помощь санитарку;
- б) начать сердечно-лёгочную реанимацию, послав за врачом – реаниматологом;
- в) вызвать дежурного врача для констатации биологической смерти;
- г) вызвать врача – реаниматолога для констатации смерти;
- д) констатировать биологическую смерть самостоятельно.

20. У больного, находящегося в постреанимационном периоде, остаётся полное отсутствие сознания, он не реагирует ни на какие раздражители, в том числе и болевые. Какой термин характеризует это состояние?

- а) кома;
- б) ступор;
- в) сопор;
- г) делирий;
- д) деменция.

Эталон ответов: 1. –а; 2. –д; 3. –в; 4. –б; 5. –б; 6. а-5, б-2; 7. –г; 8. –в; 9. –в; 10. –г; 11. –б; 12. –г; 13. –б; 14. –а; 15. –г; 16. –в; 137. –в; 18. –в; 19. –в; 20. –в.

.Подготовить презентации по теме: «Юридические и моральные аспекты проведения реанимационных мероприятий».

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
----------------	---------------	----------------------------

Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/K. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.8 : Преоперационный период. Хирургическая операция.

Цель: способствовать формированию знаний и умений студентов в подготовке больного к хирургической операции и проведении хирургической операции.

Задачи:

- рассмотреть этапы (отдаленный, ближайший, непосредственный) и содержание преоперационного периода планового хирургического больного;
- рассмотреть особенности преоперационного периода больных с острыми хирургическими заболеваниями и травмами;
- изучить основные цели и классификацию оперативных вмешательств;
- обучить стандартным этапам выполнения оперативных вмешательств и их обеспечению путем наблюдений в операционных.
- изучить патогенез постагрессивных состояний;

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- 1) Как вы представляете себе структуру спектра хирургических заболеваний?
- 2) В чем отличия развития и исходов острых и хронических заболеваний, требующих хирургического лечения?
- 3) Дайте определение понятия «предоперационный период» и объясните содержание его.
- 4) В чем заключается предоперационная подготовка как комплекс общих и специальных мероприятий, снижающих риск операции?
- 5) Объясните цели оперативных вмешательств и классификацию операций.
- 6) Назовите основные этапы любой операции, содержание и обеспечение выполнения их.

2. Практическая работа

Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. В зависимости от вида заданий предлагаются различные формы проведения данной части занятия с использованием инновационных технологий.

- 1) Освоить манипуляции на фантомах по алгоритму:
 - постановка очистительной клизмы больному перед операцией;
 - катетеризация мочевого пузыря у мужчин и у женщин;
 - бритьё операционного поля;

В заключительной части подводятся итоги выполнения заданий студентами, оформляются протоколы и представляются преподавателю на подпись.

2. Ситуационные задачи для разбора на занятии.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

- 1) Алгоритм разбора задач изложен выше
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пример задачи с разбором по алгоритму:

В отделение поступила 80-летняя больная. Дежурный хирург осмотрел её, установил наличие ущемлённой правосторонней бедренной грыжи и предложил экстренную операцию. Больная категорически отказалась, ссылаясь на то, что «это пройдёт, а операцию она может не перенести».

Как в таком случае должен поступить дежурный хирург?

- Без согласия больной оперировать её хирург не имеет права. В то же время в приведённом случае требуется экстренное оперативное вмешательство.
- Поэтому хирург обязан приложить все усилия, чтобы убедить больную в необходимости проведения операции.
- Надо доходчиво объяснить больной опасность промедления с операцией, возможные неблагоприятные последствия позднего оперативного вмешательства.
- Следует информировать родственников больной, прибегнуть к их помощи.
- О сложившейся ситуации поставить в известность зав. хирургическим отделением и администрацию больницы.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Больная А., 49 лет, с хроническим калькулёзным холециститом, сопровождающимся частыми приступами боли в эпигастрии и правом подреберье, подготовлена к операции.

Но утром, в день операции, она узнаёт, что её будет оперировать палатный хирург.

Больная потребовала, чтобы её оперировал любой другой хирург, но не этот, ссылаясь на плохие сновидения.

Вы исполняете обязанности заведующего.

Как быть в этом случае?

4. Задания для групповой работы.

- наблюдение в операционной основных этапов проведения операции (подготовка операционной бригады - укладка больного в операционную позу – анестезия - обработка операционного поля - операционный доступ разрезом, разрезом – проколом, проколом - уточняющая ревизия ран, органов, полостей - выполнение операционного приема - ушивание ран-доступов - выход из анестезии – транспортировка больного в ХО или ОРИТ). Обратить внимание на материальное обеспечение и специфику работы хирургической и анестезиологической бригад. Дополнительные комментарии даются в предоперационной с учетом низкой готовности студентов к пониманию сути операционных приемов!

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы самоконтроля.

1) Объясните смысл общего определения понятия предоперационный период – как промежуток времени с момента установления диагноза и показания для операции до её начала, распространяющегося и на экстренных и на плановых больных, но с большими различиями по времени и содержанию;

2) Дайте характеристику отдаленному предоперационному периоду. Он заканчивается согласием больного на плановую операцию (грыжесечение, флебэктомия), а содержанием его являются санитарно-просветительная работа и диспансеризация больных. У неотложных больных (острое хирургическое заболевание, травма) он практически отсутствует.

3) Определите ближайший предоперационный период с согласия на плановую операцию и до госпитализации планового больного как период уточняющей диагностики, уточнения тяжести фоновых заболеваний и операционного риска (неделя для сбора анализов, аппаратных неинвазивных дополнительных исследований по фоновым заболеваниям, консультации терапевтом или специалистами);

4) Определите непосредственный предоперационный период как минимальное время госпитализации планового больного для проведения инвазивных или уникальных методов уточняющей диагностики и для предоперационной подготовки. Она может быть общей и специальной, требующей времени и участия специалистов (терапевтов, анестезиологов, трансфузиологов).

5) Кратковременность пребывания планового больного на больничной койке до операции оправдана экономически и биологически с позиции прогрессирующего заражения его ВБИ.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Координируйте стадии и содержание предоперационного периода:

а) отдалённый;

1)общая предоперационная подготовка;

- | | |
|----------------------|--|
| б) ближайший; | 2) уточнение диагноза и специальная предоперационная подготовка; |
| в) непосредственный; | 3) диспансеризация больных и оценка противопоказаний для операции. |

2. С какого момента начинается предоперационный период? Выберите наиболее точное определение, приемлемое для плановой и экстренной хирургии:

- а) с начала хирургического заболевания;
- б) с момента поступления больного в стационар;
- в) с момента установления диагноза и показаний для операции;
- г) с начала подготовки больного к операции;
- д) с момента обращения к хирургу поликлиники.

3. Какое из перечисленных повреждений и заболеваний требует максимального сокращения предоперационного периода?

- а) колотая проникающая рана грудной клетки с гемопневмотораксом и шоком II степени;
- б) открытый перелом костей голени, шок II степени;
- в) тромбоэмболия подколенной артерии, ОАИ ПА;
- г) рак антрального отдела желудка со стенозом;
- д) постинъекционная флегмона плеча.

4. Укажите минимальный уровень тромбоцитов, необходимый для проведения хирургического вмешательства:

- а) 50 000 в мкЛ;
- б) 70 000 в мкЛ;
- в) 100 000 в мкЛ;
- г) 150 000 в мкЛ;
- д) 200 000 в мкЛ.

5. Ультразвуковое исследование показано больным при следующих заболеваниях:

- 1) рак желудка;
- 2) острый холецистит;
- 3) язвенная болезнь 12-перстной кишки;
- 4) мочекаменная болезнь;
- 5) геморрой;
- 6) фимоз;
- 7) узловой зоб;
- 8) дуоденит.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 2, 4, 5;
- б) 1, 2, 4, 7;
- в) 7, 8;
- г) 3, 4, 6;
- д) 1, 5, 7.

6. Аспирация содержимого желудка на операционном столе может привести к:

- а) цианозу и одышке;
- б) асфиксии;
- в) пневмониту (синдрому Мендельсона);
- г) лёгочному ателектазу;
- д) все ответы верны.

7. Укажите 4 обязательных исследования перед плановой операцией под местной инфильтрационной анестезией:

- 1) общий анализ крови;
- 2) ЭКГ;
- 3) кислотно-основное состояние (КОС);
- 4) белковые фракции плазмы крови;
- 5) общий анализ мочи;
- 6) флюорография;
- 7) кровь для серодиагностики сифилиса.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4, 6;
- б) 1, 2, 3, 6;
- в) 1, 5, 6, 7;
- г) 1, 2, 3, 4;
- д) 4, 5, 6, 7.

8. При подозрении на острый аппендицит больному до операции противопоказано всё, кроме:

- а) очистительной клизмы;
- б) промывания желудка;
- в) назначения анальгетиков;
- г) холода на живот;
- д) тёплой грелки на живот.

9. Когда ставят очистительную клизму перед плановыми операциями?

- а) накануне операции утром;
- б) непосредственно перед операцией;
- в) вечером накануне и утром в день операции;
- г) накануне операции после обеда;
- д) вечером накануне операции.

10. Развитию какого вида нарушения КЩС способствует функциональная недостаточность печёночной паренхимы?

- а) респираторный ацидоз;
- б) респираторный алкалоз;
- в) метаболический ацидоз;
- г) метаболический алкалоз.

11. Больным с декомпенсированным стенозом выхода из желудка с целью предоперационной подготовки показано:

- 1) переливание 5% раствора глюкозы;
- 2) инфузии растворов, содержащих калий;

- 3) инфузии изотонического раствора хлорида натрия;
- 4) гемотрансфузия;
- 5) введение осмодиуретиков.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1 и 3;
- в) 2 и 4;
- г) 4, 5;
- д) всё указанное.

12. Какое общее заболевание часто проявляется фурункулёзом?

- а) хр. гепатит;
- б) хр. пиелонефрит;
- в) гипертоническая болезнь;
- г) сахарный диабет;
- д) ИБС.

13. Какое из перечисленных заболеваний не является абсолютным показанием для операции?

- а) флегмона кисти;
- б) рак сигмовидной кишки;
- в) сосудистая гангрена стопы;
- г) острый аппендицит;
- д) врождённый вывих бедра.

14. Координируйте показания к операции при следующих заболеваниях:

- | | |
|-------------------|--|
| а) жизненные; | 1) грыжи неосложнённые, варикозная болезнь, доброкачественные опухоли; |
| б) абсолютные; | 2) кровотечения, острые заболевания органов брюшной полости; |
| в) относительные; | 3) злокачественные опухоли, стеноз привратника, механическая желтуха. |

15. Антибиотикопрофилактика во время операции показана во всех случаях, кроме:

- а) операций при обширных воспалениях и травмах брюшной полости;
- б) плановых операций на ободочной кишке;
- в) при внедрении ксенопротезов (имплантатов);
- г) операций у сенсibilизированных к антибиотикам больных;
- д) проктологической хирургии.

16. Что такое радикальная операция?

- а) операция, выполняемая одномоментно;
- б) операция, полностью устраняющая патологический очаг;
- в) операция, устраняющая болевой синдром;
- г) технически простая операция;
- д) операция, которую может выполнить любой хирург.

17. Ампутация конечностей абсолютно показана:

- а) при трофической язве стопы;
- б) при остеомиелите;
- в) при сосудистой гангрене;
- г) при глубоком венозном тромбозе;
- д) при флегмоне голени.

18. Операция по жизненным показаниям проводится при:

- а) продолжающемся внутреннем кровотечении из ЖКТ;
- б) облитерирующем тромбангиите нижних конечностей;
- в) доброкачественной опухоли;
- г) закрытом переломе костей голени;
- д) варикозной болезни нижних конечностей.

19. К диагностическим операциям относится:

- а) аппендэктомия;
- б) грыжесечение;
- в) биопсия лимфоузлов;
- г) вправление вывиха плеча;
- д) вскрытие панариция.

20. К операции резекции желудка готовится больной с хронической язвой желудка без осложнений и сопутствующих заболеваний и нарушений метаболизма. Какова степень операционного риска по принятой классификации Гологорского?

- а) 2А;
- б) 3В;
- в) 1В;
- г) 4Г;
- д) 3А.

Эталон ответов: 1. а-3, б-2, в-3; 2. -в; 3. -а; 4. -б; 5. -б; 6. -д; 7. -в; 8. -г; 9. -в; 10. -в; 11. -а; 12. -г; 13. -д; 14. а-2, б-3, в-1; 15. -г; 16. -б; 17. -в; 18. -а; 19. -в; 20. -в

Подготовить презентацию по теме: « Современная техника абдоминальных эндоскопических операций»

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/K. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008

Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г
---	---------------	----------------------------

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.9: Послеоперационный период. Осложнения послеоперационного периода.

Цель: способствовать формированию знаний и умений студентов в ведении хирургического больного послеоперационном периоде.

Задачи:

- изучить патогенез постагрессивных состояний;
- рассмотреть этапы послеоперационного периода, их задачи и содержание;
- изучить принципы интенсивной терапии и выхаживания в период послеоперационной реабилитации;
- рассмотреть структуру послеоперационных осложнений;
- обучить приемам объективной диагностики осложнений и алгоритмам применения уточняющих методов;
- изучить методики общего и местного лечения послеоперационных осложнений

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- 1) Объясните цели оперативных вмешательств и классификацию операций.
- 2) Назовите основные этапы любой операции, содержание и обеспечение выполнения их.

- 3) классификация послеоперационного периода, программа послеоперационного ведения больных;
- 4) изменения гомеостаза в послеоперационном периоде и лабораторные методы их диагностики;
- 5) принципы коррекции изменений гомеостаза;
- 6) организация интенсивной терапии в послеоперационном периоде;
- 7) классификация послеоперационных осложнений и методы их профилактики.

2. Практическая работа

Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. В зависимости от вида заданий предлагаются различные формы проведения данной части занятия с использованием инновационных технологий.

В заключительной части подводятся итоги выполнения заданий студентами, оформляются протоколы и представляются преподавателю на подпись.

2. Ситуационные задачи для разбора на занятии.

- 1) Алгоритм

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

- 1) Алгоритм разбора задач изложен выше
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

У больного, внезапно умершего в послеоперационной палате (потеря сознания, исчезновение пульса, судороги), на кардиомониторе отмечена крупноволновая фибрилляция желудочков сердца. Что предпринять в первую очередь?

1. У больного – признаки клинической смерти.

2. Наиболее частой причиной внезапной остановки сердца является фибрилляция желудочков.

3. Алгоритм оказания первой медицинской помощи в данной ситуации заключается в следующем: необходимо произвести прекардиальный удар. К сожалению, эффективность данного метода в плане восстановления сердечной деятельности минимальная, поэтому до появления возможности проведения электродефибрилляции и профессиональной реанимации необходимо проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание «рот в рот» или «рот в нос»

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

У больного 50 лет с неосложненным анамнезом через сутки после плановой холецистэктомии развилось шоковое состояние. Какова наиболее вероятная причина развития шока?

4. Задания для групповой работы.

Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя.

- знакомятся с аппаратурой и оснащением реанимационного отделения, участвуют в уходе за оперированными больными и в составлении для них лечебных назначений;
- изучают клинические признаки осложнений, выявленных у больных после операции;

- участвуют в работе перевязочной и процедурного кабинета.
- наблюдение в операционной основных этапов проведения операции (подготовка операционной бригады - укладка больного в операционную позу – анестезия - обработка операционного поля - операционный доступ разрезом, разрезом – проколом, проколом - уточняющая ревизия ран, органов, полостей - выполнение операционного приема - ушивание ран-доступов - выход из анестезии – транспортировка больного в ХО или ОРИТ). Обратить внимание на материальное обеспечение и специфику работы хирургической и анестезиологической бригад. Дополнительные комментарии даются в предоперационной с учетом низкой готовности студентов к пониманию сути операционных приемов!

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы самоконтроля.

- каковы принципы ведения больных в ОРИТ в раннем послеоперационном периоде?
- возможные местные и системные осложнения хирургических операций и способы их профилактики;
- патогенез и классификация местных и общих послеоперационных осложнений;
- объективные диагностические приёмы и ценность уточняющих методов исследования;
 - программы лечения местных и системных послеоперационных осложнений;
 - принципы бытовой и социальной реабилитации хирургических больных в позднем и отдалённом послеоперационных периодах.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Координируйте стадии послеоперационного периода и фазы раневого заживления:

- | | |
|----------------|-------------------------------|
| а) ранний; | 1) регенерация и фиброплазия; |
| б) поздний; | 2) рубцевание и эпителизация; |
| в) отдалённый; | 3) воспаление. |

2. Координируйте задачи послеоперационного выхаживания больного в:

- | | |
|----------------------------|---|
| а) раннем п/о периоде; | 1) социальная реабилитация больного; |
| б) позднем п/о периоде; | 2) биологическая реабилитация больного; |
| в) отдалённом п/о периоде; | 3) бытовая реабилитация больного. |

3. Выберите точное определение операционного стресса:

- а) биологические процессы защиты в ответ на хирургическую травму;
- б) биологические процессы защиты в ответ на комплекс различных влияний – страх, возбуждение, боль, влияние наркоза, раны покровов и органов, потери крови, невозможность приема пищи и т. д.;
- в) биологическая защита только на боль;
- г) биологические процессы защиты от хирургической агрессии, возникающие вначале и заканчивающиеся по окончании операции,

д) адаптационная защита в ответ на травму и кровопотерю.

4. Укажите фазы течения послеоперационной болезни:

- 1) фаза травматизации;
- 2) фаза воспаления;
- 3) фаза регенерации и пролиферации;
- 4) переходная фаза;
- 5) анаболическая фаза;
- 6) фаза восстановления мышечной и жировой ткани.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4;
- б) 2, 3, 5, 6;
- в) 3, 4, 5, 6;
- г) 1, 4, 5, 6;
- д) 2, 3, 4, 5.

5. Для фазы травматизации тканей в течение послеоперационной болезни характерно:

- 1) катаболический тип обмена веществ;
- 2) перераспределение воды и электролитов в «водных средах»;
- 3) выделение общего азота с мочой не превышает 3 г в сутки;
- 4) процессы анаболизма преобладают над катаболизмом;
- 5) преимущественный расход эндогенной энергии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1, 2, 5;
- в) 2, 3, 4;
- г) 2, 3, 5;
- д) 3, 4, 5.

6. Анаболическая фаза течения послеоперационной болезни характеризуется:

- 1) восстановлением мышечной массы;
- 2) лизисом белков и накоплением продуктов их распада;
- 3) активизацией симпато-адреналовой системы;
- 4) восстановлением азотистого баланса;
- 5) преимущественно экзогенным путем поступления энергии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1, 4, 5;
- в) 2, 3, 4;
- г) 2, 4, 5;
- д) 3, 4, 5.

7. К общим немикробным этиологическим факторам нагноения операционных ран относятся:

- 1) возраст больных;
- 2) утомляемость хирургов при длительном оперативном вмешательстве;
- 3) приём стероидных гормонов и иммунодепрессантов;
- 4) травма краёв раны инструментами и бельём;
- 5) кахексия больного.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 2, 3, 4;
- в) 1, 3, 5;
- г) 2, 3, 5;
- д) 3, 4, 5.

8. К местным немикробным этиологическим факторам нагноения операционных ран относятся:

- 1) травматичное обращение с тканями;
- 2) эффективный гемостаз;
- 3) массивная электрокоагуляция;
- 4) использование монофиламентного шовного материала;
- 5) плохое сопоставление краёв раны.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 2, 3, 4;
- в) 1, 3, 5;
- г) 2, 3, 5;
- д) 3, 4, 5.

9. Фактором риска нагноения операционных ран является ожирение. Это связано:

- 1) с высокой васкуляризацией жировой ткани;
- 2) с низкой резистентностью её к инфекции;
- 3) с большой травматизацией клетчатки;
- 4) с неэффективным гемостазом;
- 5) с удлинением времени операции.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 2, 3, 5;
- в) 1, 4, 5;
- г) 2, 4, 5;
- д) 3, 4, 5.

10. Развитию пневмонии в послеоперационном периоде способствует:

- 1) пожилой возраст;
- 2) лёгочная гиповентиляция во время операции;
- 3) особенности диеты;
- 4) неадекватное обезболивание после операции;
- 5) длительное горизонтальное положение;
- 6) ингаляции кислорода;
- 7) введение антибиотиков;
- 8) дыхательная гимнастика;
- 9) хроническая сердечная недостаточность.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4, 5;
- б) 2, 5, 6, 7;
- в) 2, 7, 8, 9;
- г) 1, 2, 4, 5, 9;
- д) 1, 2, 4, 6, 9.

11. Перспириационные потери жидкости в норме составляют:

- а) 20-30 мл/кг/сут;
- б) 35-40 мл/кг/сут;
- в) 40-50 мл/кг/сут;
- г) 50-60 мл/кг/сут;
- д) 60-70 мл/кг/сут.

12. Что такое парентеральное питание?

- а) питание больного, осуществляемое искусственным путём;
- б) введение питательных смесей через назогастральный или назоэнтральный зонд;
- в) введение в организм питательных смесей, минуя ЖКТ;
- г) постановка питательных клизм;
- д) верны все ответы.

13. Суточный диурез у больного после операции составил 350 мл. Охарактеризуйте ситуацию:

- а) имеет место анурия;
- б) имеет место олигурия;
- в) имеет место полиурия;
- г) показатель нормален;
- д) имеет место поллакиурия.

14. Определите осложнения послеоперационного периода по стадиям:

- | | |
|-----------------|--|
| а) раннего; | 1) спаечная болезнь, лигатурные свищи, послеоперационные грыжи; |
| б) позднего; | 2) о. сердечно-сосудистая недостаточность (шок), о. задержка мочи, олигурия, кровотечения; |
| в) отдалённого; | 3) пневмония, нагноения ран, несостоятельность соустьев, тромбофлебиты, ТЭЛА. |

15. Координируйте методы лечения послеоперационных раневых осложнений:

- | | |
|------------------|--|
| а) кровотечение; | 1) разведение краёв раны, санация, дренирование; |
| б) гематома; | 2) пункция, зондирование, выпускник; |
| в) инфильтрат; | 3) ревизия, лигирование, тугая тампонада, холод; |
| г) нагноение; | 4) пункция диагностическая, УВЧ, компрессы; |
| д) эвентрация; | 5) операция, туалет органов, ушивание раны. |

16. В первые сутки после операции возможны следующие осложнения:

- 1) наружное кровотечение;
- 2) эвентрация;
- 3) образование гематомы в ране;
- 4) нарушение ритма и остановка сердца;

5) нагноение раны.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1, 4, 5; в) 1, 3, 4; г) 2, 3, 5; д) верно всё.

17. Применение локальной гипотермии в послеоперационном периоде способствует:

- а) криодеструкции микробных тел в ране;
- б) остановке капиллярного кровотечения;
- в) быстрой адгезии краёв раны;
- г) предупреждению расхождения краёв раны;
- д) предупреждению тромбозов и эмболий.

18. При наличии кровотечения из послеоперационной раны необходимо:

- 1) снять послеоперационные швы;
- 2) произвести ревизию раны;
- 3) прошить кровоточащий сосуд;
- 4) произвести вакуумирование раны;
- 5) аспирировать отделяемое через дренаж.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 3, 4, 5; в) 1, 2, 5; г) 1, 3, 5; д) верно всё.

19. Координируйте лечебные мероприятия при различных послеоперационных лёгочных осложнениях:

- | | |
|------------------------------------|---|
| а) о. дыхательная недостаточность; | 1) ЛФК, дыхательная гимнастика, ингаляции бронхолитиков, адекватное обезболивание; |
| б) лёгочные ателектазы; | 2) возвышенное положение, ингаляции O_2 через спирт, жгуты на н/конечности, мочегонные, кардиотоники в/в; |
| в) п/о пневмония; | 3) освобождение дыхательных путей, интубация трахеи, санация бронхов, ИВЛ; |
| г) отёк лёгких; | 4) антибиотики, дыхательные analeптики, ЛФК, оксигенотерапия. |

20. Укажите правильное соотношение:

- | | |
|--|--|
| а) метаболический ацидоз компенсированный; | 1) $pH - 7,28$, $Pa CO_2 - 32$, $HCO_3 - 20$; |
| б) некомпенсированный дыхательный алкалоз; | 2) $pH - 7,20$, $Pa CO_2 - 50$, $HCO_3 - 24$; |
| в) некомпенсированный дыхательный ацидоз; | 3) $pH - 7,38$, $Pa CO_2 - 30$, $HCO_3 - 19$; |
| г) дыхательный алкалоз компенсированный; | 4) $pH - 7,50$, $Pa CO_2 - 30$, $HCO_3 - 26$; |
| д) некомпенсированный смешанный ацидоз; | 5) $pH - 7,26$, $Pa CO_2 - 50$, $HCO_3 - 19$. |

Эталон ответов: 1. а-3, б-1, в-2; 2. а-2, б-3, в-1; 3. –б; 4. –г; 5. –б; 6. –б; 7. –в; 8. –в; 9. –б; 10. –г; 11. –б; 12. –в; 13. –б; 14. а-2, б-3, в-1; 15. а-3, б-2, в-4, г-1, д-5; 16. –в; 17. –б; 18. –а; 19. а-3, б-1, в-4, г-2; 20. а-1

Подготовить презентацию по теме: « Осложнения послеоперационного периода, их профилактика и коррекция »

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/К. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.10 : Хроническая специфическая хирургическая инфекция.

Цель: Способствовать формированию знаний и умений диагностировать и лечить распространенные формы внелегочного туберкулеза, запущенные формы сифилиса, актиномикоза и лепры.

Задачи:

1. Рассмотреть распространенность и социальную значимость хронических специфических инфекций, возможности их профилактики и консервативного лечения в различные исторические периоды - «Годины бед народных!».
2. Изучить особенности патогенеза милиарного туберкулеза с развитием поражения лимфоузлов, мочеполовых органов, костей и суставов, возможности хирургического лечения осложненных форм, развивающихся при неэффективности туберкулостатической терапии. Принципы реабилитации больных.
3. Изучить многообразие проявлений сифилиса, требующих от хирурга проведения дифференциальной диагностики в ранние стадии развития заболевания. Полиморфизм поражений при третичном и четвертичном сифилисе и возможности хирургического лечения.
4. Определить роль лепры и актиномикоза как редких эндемических поражений органов и тканей, возможности хирургического лечения распространенных форм поражения.

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Ответить на вопросы по теме занятий:

- 1) Микобактерии и вызываемые ими инфекционные заболевания.
- 2) Разнообразие форм внелёгочного туберкулёза.
- 3) Ортопедические и органные последствия туберкулёза и возможности их хирургической коррекции.
- 4) Эволюция сифилиса в человеческом сообществе.
- 5) Локализация поражений при первичном и вторичном сифилисе, требующих дифференциальной диагностики с банальными воспалительными заболеваниями.
- 6) Сложности диагностики и лечения гумозного и нейросифилиса.
- 7) Проказа как редкое для России заболевание.
- 4) Сложность лечения актиномикоза .

2. Практическая работа.

Выполнение заданий.

Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя. В зависимости от вида заданий предлагаются различные формы проведения данной части занятия с использованием инновационных технологий. Зачитываются и обсуждаются реферативные сообщения о хирургических аспектах в лечении костно-суставного туберкулеза и многообразии поражения тканей и органов при сифилисе. Приводятся случаи из практики и медицинской и художественной литературы.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

1) Алгоритм разбора задач изложен выше

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

В приёмный покой больницы доставлен больной через 40 мин. После незначительной травмы (упал с кровати) с жалобами на боли в области грудного отдела позвоночника.

В анамнезе у больного туберкулёз лёгких.

По рентгенограмме позвоночника имеется подозрение на компрессионный перелом 8 и 9 грудных позвонков.

Какой патологический процесс может быть у больного?

1. Учитывая анамнез заболевания, характер травмы, следует прежде всего думать о патологическом компрессионном переломе грудных позвонков на почве туберкулёзного спондилита.

3). Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

У больного, обратившегося к врачу, с жалобами на боли при глотании, во время осмотра обнаружен бугристый, плотный, размером 10 на 15 см. инфильтрат в подчелюстной области слева. Кожа над ним синюшно-багровой окраски. Температура тела 36,7 градусов С. Ваш предположительный диагноз и как вы поступите с больным?

4.Задания для групповой работы.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

- Какие кости наиболее подвержены туберкулёзному поражению?
- Назовите фазы в развитии костно-суставного туберкулёза по П.Г.Корневу.
- Укажите наиболее часто применяемые методы хирургического лечения костно-суставного туберкулёза.
- В какой стадии сифилиса требуется оперативное лечение?
- Назовите преимущественные локализации висцерального актиномикоза.
- Какие оперативные методы лечения актиномикоза вы знаете?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

1. Что из перечисленного не относится к хронической специфической инфекции?

- а) туберкулез;
- б) хронический гематогенный остеомиелит;
- в) лепра;
- г) актиномикоз;
- д) сифилис.

2. Какие кости наиболее часто поражаются при костно-суставном туберкулёзе?

- а) черепа;
- б) предплечья и голени;
- в) бедренные;
- г) тела позвонков;
- д) тазовые.

3. Костно-суставной туберкулез развивается вследствие заноса инфекции гематогенным путем из первичного очага, который в большинстве случаев находится:

- а) в печени;
- б) в головном мозге;
- в) в лёгких;
- г) в сердце;
- д) в гениталиях.

4. Какие фазы в развитии костно-суставного туберкулёза по П.Г.Корневу принято выделять?

- а) периоститная, артритическая, постартритическая;
- б) преартритическая, артритическая, постартритическая;
- в) легочная, гематогенная, артритическая;

- г) преартритическая, межмышечная, постартритическая;
- д) остеомиелитическая, абсцедирующая, склерозирующая.

5. Туберкулёзный натечник («холодный абсцесс») лечат:

- а) компрессами;
- б) лечебными пункциями;
- в) вскрытием и дренированием;
- г) средствами физиотерапии;
- д) всем перечисленным.

6. Какие методы оперативного лечения применяют при костно-суставном туберкулёзе?

- а) пункции и санация затеков;
- б) экономная резекция суставов;
- в) остеотомии в пределах здоровых тканей;
- г) ампутации;
- д) все вышеперечисленные.

7. Для первичной сифиломы не характерна:

- а) припухлость;
- б) гиперемия;
- в) боль;
- г) местная гипертермия;
- д) функциональное нарушение.

8. Хирургического лечения требуют проявления:

- а) первичного сифилиса;
- б) вторичного сифилиса;
- в) третичного сифилиса;
- г) четвертичного сифилиса;
- д) всех стадий заболевания.

9. Укажите преимущественные локализации висцерального актиномикоза:

- 1) лёгкие;
- 2) сердце;
- 3) слепая кишка;
- 4) печень;
- 5) селезёнка.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1 и 3; в) 2 и 4; г) 3, 4; д) все указанные.

10. Назовите характерные местные признаки актиномикоза челюстно-лицевой области:

- 1) наличие плотного болезненного инфильтрата;
- 2) гиперемия кожных покровов;
- 3) плотный малоблезненный инфильтрат;
- 4) цианотичность кожных покровов над инфильтратом;
- 5) наличие свища с обильным гнойным отделяемым;
- 6) наличие свища с характерным незначительным отделяемым;

7) изменения на слизистой оболочке полости рта.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 5, 7; б) 2, 3, 4, 5; в) 3, 4, 6; г) 1, 2, 6, 7; д) 1, 2, 5.

11. Возможно ли метастазирование актиномикоза?

- а) возможно лимфогенным путем;
- б) возможно венозным путем;
- в) возможно артериальным путем;
- г) возможно любым вышеперечисленным путем;
- д) невозможно.

12. Из оперативных методов лечения при актиномикозе применяют все перечисленные, кроме:

- а) резекции легкого или кишечника;
- б) вскрытия очагов распада и абсцессов;
- в) лазерного и механического удаления грануляций;
- г) расширенных резекций органов с удалением лимфатических аппаратов;
- д) удаления инфильтратов в пределах здоровых тканей.

13. При консервативном лечении актиномикоза применяют все способы, кроме:

- а) УВЧ терапии;
- б) рентгенотерапии;
- в) антибиотикотерапии;
- г) препаратов йода;
- д) инъекций актинолизата.

14. Какие суставы поражаются наиболее часто при сифилисе?

- а) коленные, голеностопные;
- б) межфаланговые;
- в) плечевые, тазобедренные;
- г) межпозвонковые;
- д) височно-нижнечелюстные.

15. Периоститы при вторичном сифилисе наиболее часто выявляются на:

- а) костях черепа;
- б) ребрах и грудины;
- в) тазовых костях;
- г) передней поверхности костей голени;
- д) всех вышеперечисленных костях.

16. Где преимущественно локализуется процесс при сифилитическом поражении длинных трубчатых костей?

- а) в эпифизах;
- б) в метафизах;
- в) в диафизах;
- г) в спонгиозных суставных концах;
- д) в одинаковой мере поражаются все участки.

17. Что из перечисленного неверно в отношении туберкулёзного перитонита?

- а) обычно это проявление диссеминированного туберкулёза;
- б) чаще это осложнение туберкулёзного аднексита;

- в) проявляется фибринозно-слипчивым процессом;
- г) гистологически мало отличим от тальковой гранулемы;
- д) в осадке из экссудата содержится большое количество сегментоядерных лейкоцитов.

18. При каких заболеваниях перитонит может носить характер хронического?

- 1) о. аппендицит;
- 2) туберкулёз;
- 3) о. холецистит;
- 4) канцероматоз брюшины.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1 и 3; в) 2 и 4; г) 3, 4; д) при всех.

19. Симптомокомплекс «бледной опухоли» характерен для:

- а) гонорейного артрита;
- б) гнойного артрита;
- в) туберкулёзного артрита;
- г) деформирующего астеоартроза;
- д) ревматоидного артрита.

20. Холодный абсцесс (натечник) является осложнением:

- а) туберкулёзного спондилита;
- б) гематогенного остеомиелита;
- в) полиартрита;
- г) остехондроза;
- д) остесаркомы.

Эталон ответов: 1. –б; 2. –г; 3. –в; 4. –б; 5. –б; 6. –д; 7. –в; 8. –в; 9. –б; 10. –в; 11. –б; 12. –г; 13. –а; 14. –а; 15. –д; 16. –в; 17. –д; 18. –в; 19. –в; 20 –а.

4). Подготовить презентацию на тему «Особенности диагностики и лечения хирургического сифилиса».

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/K. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Общая хирургия	Кузнецов Н.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2010 г
----------------	---------------	----------------------------

Тема 1.11 Заболевания артерий нижних конечностей. Некрозы. Гангрены.

Цель: ознакомить студентов с острыми и хроническими нарушениями кровоснабжения нижних конечностей, синдромами острой и хронической артериальной недостаточности, диабетической стопы, ишемическими некрозами и гангренами, стратегией их лечения.

Задачи:

- изучить причины развития синдрома острой артериальной недостаточности, определить различия тромбозов и тромбозмболий, клинические стадии развития острой артериальной недостаточности как критического состояния, рассмотреть этапы и тактику неотложного или срочного лечения артериальных эмболий и тромбозов;
- рассмотреть распространенность и причины хронических артериальных окклюзий нижних конечностей, клинические стадии развития синдрома хронической артериальной недостаточности, тактику планового лечения в различные ее стадии;
- ознакомиться с принципами топической диагностики артериальных стенозов и окклюзий при объективном исследовании конечностей и с помощью ультразвуковых способов, ангиографии; изучить варианты хирургического восстановления или улучшения кровотока;
- рассмотреть клинические формы синдрома диабетической стопы и принципы его лечения;
- изучить сухие и влажные формы ишемических некрозов мягких тканей (пролежни, трофические язвы, гангрены), тактику их консервативного и оперативного лечения.

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Проверяется исходный уровень знаний студентов в виде тестовых заданий или контрольных вопросов.

- 1) определение понятия нарушений периферического кровообращения и конкретизация причин их возникновения;

2) клинико-инструментальная диагностика острых и хронических нарушений артериального кровообращения;

3) показания к консервативному и оперативному лечению больных с острыми и хроническими ангиопатиями;

4) реабилитация пролеченных больных.

2. Практическая работа.

Практическая работа заключается в осмотре больных хирургического отделения с сосудистой артериальной патологией и проведением у них функциональных проб. Проводится анализ имеющихся ангиограмм. Участие в перевязках оперированных больных и пациентов с некрозами и гангренами сосудистой этиологии. Знакомство с правилами и объемом заполнения медицинской документации.

Выполняется студентами под руководством преподавателя на фантомах, муляжах, в палате, перевязочной и операционной.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

1) Алгоритм разбора задач изложен выше

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 50 лет, год назад перенесший инфаркт миокарда, поступил с жалобами на резкие боли в левой ноге, появившиеся внезапно за сутки до поступления. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени до верхней трети бледные, с «мраморным рисунком», холодные на ощупь. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев, голеностопном суставе отсутствуют, пассивные – сохранены. Пульсация определяется на бедренной артерии под паховой складкой, на подколенной и артериях стопы – отсутствует. Какой развернутый диагноз заболевания? Как лечить больного?

1. У больного с постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией клиническая картина эмболии левой бедренной артерии, ишемия ПБ степени.

2. Показана экстренная эмболэктомия из доступа с обнажением бифуркации левой бедренной артерии.

3. Артериотомия выполняется над бифуркацией, катетер Фогарти вводится поочередно в центральном направлении, затем в поверхностную и глубокую артерии бедра.

4. При полном восстановлении кровотока в артериях антикоагулянтная терапия в послеоперационном периоде не проводится.

3). Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. В клинику поступила больная 62 лет с жалобой на боль в левой нижней конечности, которая появилась внезапно 12 часов назад. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 100 ударов в минуту, дефицит пульса 18 в минуту. Левая нижняя конечность бледная, прохладная на ощупь. Активные движения в суставах ноги в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении конечности. При ангиографии контрастированы брюшная аорта, правые подвздошные артерии. Изображения левой общей, наружной и внутренней подвздошных артерий не получено. Коллатеральная сеть выражена слабо. Ваш диагноз и лечебная тактика?

2. Больного 62 лет в течение 10 лет беспокоит боль в левой ноге, в летнее время может пройти без остановки 50 м. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, на подколенной и артериях стопы не определяется. При ангиографии получено изображение бедренной артерии до уровня средней трети

бедр. Контуры ее неровные, извитые. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали. Какой диагноз следует поставить на основании клиники и данных ангиографии; Какое лечение показано больному?

4. Задания для групповой работы.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием концептов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

- Классификация заболеваний сосудов нижних конечностей;
- Причины заболеваний сосудов нижних конечностей;
- Методы клинико-инструментальной диагностики заболеваний сосудов нижних конечностей;
- Показания к консервативному и оперативному лечению заболеваний сосудов нижних конечностей;
- Принципы диспансерного наблюдения больных с острой и хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

1. Синдром Лериша – это?

- а) брахиоцефальный неспецифический артериит;
- б) атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты;
- в) дистальная ангиопатия нижних конечностей;
- г) мигрирующий тромбофлебит;
- д) окклюзия нижней полой вены.

2. Синдром Лериша характеризуется:

- а) болями при физической нагрузке в гленях и бедрах;
- б) отсутствие пульсации бедренных артерий;
- в) импотенцией;
- г) болями при ходьбе в ягодицах;
- д) всем вышеперечисленным.

3. Синдром диабетической стопы является результатом окклюзии:

- 1) артериол;
- 2) бифуркации аорты;
- 3) периферических артерий;
- 4) дистальных магистральных артерий;
- 5) проксимальных магистральных артерий.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1 и 3;
- в) 2 и 4;
- г) 4 и 5;
- д) всё верно.

4. Найдите неверное утверждение, касающееся перемежающейся хромоты:

- а) заболевание сопровождается болями в ноге;
- б) боли возникают после функциональной нагрузки (ходьбы);

- в) проходят после отдыха;
- г) возникают после продолжительного сидения в одном положении;
- д) пульс на конечности ослаблен.

5. Перемежающаяся хромота характерна для:

- а) посттромбофлебитического синдрома;
- б) облитерирующего эндартериита;
- в) артрозоартрита;
- г) хронического остеомиелита;
- д) тромбофлебита подкожных вен.

6. Что такое коллатеральное кровообращение?

- а) уменьшение кровообращения в конечности после одновременной перевязки артерий и вен;
- б) кровотока по боковым ветвям после прекращения кровотока по магистральному сосуду;
- в) движение крови в восходящем направлении;
- г) восстановленное кровообращение в конечности по магистральным сосудам;
- д) все вышеуказанные признаки.

7. Признаками синдрома ХАН I-II степени являются все, кроме:

- а) выпадения волос на конечности;
- б) атрофии мышц;
- в) побледнения кожи;
- г) деформации ногтевых пластинок и онихомикоза;
- д) наличия отёков.

8. I степень синдрома ХАН характеризуется:

- а) перемежающейся хромотой через 1000 метров;
- б) перемежающейся хромотой через 200 метров;
- в) перемежающейся хромотой через 50 метров;
- г) болями в ногах в покое;
- д) трофическими язвами стоп.

9. При облитерирующем эндартериите с ХАН – I степени показано:

- а) консервативная терапия;
- б) поясничная симпатэктомия;
- в) реконструкция магистральных артерий;
- г) первичная ампутация конечности;
- д) периаартериальная симпатэктомия с остеоперфорацией.

10. Лечение облитерирующего эндартериита включает:

- а) улучшение реологии крови;
- б) устранение сосудистого спазма;
- в) обезболивание;
- г) улучшение микроциркуляции крови;
- д) всё перечисленное.

11. У больного с синдромом Лериша, ХАН – III правильным способом лечения будет:

- а) консервативная терапия;
- б) операция бифуркационного аортобедренного шунтирования (БАБШ);
- в) периартериальная симпатэктомия;
- г) поясничная симпатэктомия;
- д) операция аортобедренного шунтирования (АБШ).

12. При атеросклеротической окклюзии магистральных артерий у больного 80 лет с ХАН – IV и гангреной стопы правильным методом лечения будет:

- а) только консервативное лечение;
- б) поясничная симпатэктомия;
- в) реконструктивная операция на артериях;
- г) первичная ампутация конечностей;
- д) микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень.

13. Наиболее частой причиной острого артериального тромбоза в н/конечностях является:

- а) облитерирующий эндартериит;
- б) облитерирующий атеросклероз;
- в) пункция и катетеризация артерий;
- г) экстравазальная компрессия сосуда;
- д) полицитемия (плетора).

14. Наиболее часто причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:

- а) ИБС и нарушения ритма;
- б) атеросклероз аорты;
- в) аневризма аорты;
- г) артериовенозные свищи;
- д) тромбоз нижней полой вены.

15. Для эмболической закупорки подколенной артерии характерно:

- 1) отсутствие пульса на бедренной артерии;
- 2) отсутствие пульсации подколенной артерии;
- 3) отсутствие пульсации артерий стопы;
- 4) усиление пульсации подколенной артерии в сравнении с контрлатеральной;
- 5) ослабление пульсации подколенной артерии.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 2, 3; б) 1, 5; в) 3, 4; г) 1, 2, 3; д) всё неверно.

16. Развитие у больного с острой артериальной ишемией конечности болей, онемения и похолодания в покое соответствует:

- а) ишемии напряжения;
- б) ишемии I А;
- в) ишемии I Б;
- г) ишемии II А;
- д) ишемии II Б.

17. Основным фактором, определяющим лечебную тактику при острой артериальной ишемии конечностей, является:

- а) возраст больного;
- б) тяжесть общего состояния;
- в) стадия ишемии конечности;
- г) наличие сопутствующего стеноза или окклюзии артерий;
- д) локализация острой окклюзии.

18. Для эмболии артерий конечностей, в отличие от тромбоза, характерно всё перечисленное, кроме:

- а) более молодого возраста;
- б) наличия эмбологенного заболевания сердца;
- в) внезапного острого начала ОАИ;
- г) сильнейшего болевого синдрома в момент острой окклюзии;
- д) тромбогенного заболевания артерий с ХАН в анамнезе.

19. Для эмболии бедренной артерии характерно всё, кроме:

- а) отсутствия пульсации под паупартовой связкой;
- б) отсутствия пульса на подколенной артерии;
- в) усиления пульсации под паупартовой связкой по сравнению со здоровой конечностью;
- г) побледнения конечности;
- д) резкого похолодания конечности.

20. Для острой артериальной ишемии конечности II Б стадии не характерно:

- а) онемение;
- б) мраморность кожных покровов;
- в) похолодание конечности;
- г) отсутствие активных движений в суставах (плегия);
- д) мышечная контрактура.

Эталон ответов: 1. б; 2. -д; 3. -б; 4. -г; 5. -б; 6. -б; 7. -д; 8. -а; 9. -а; 10. -д; 11. -б; 12. -г; 13. -б; 14. -а; 15. -в; 16. -в; 17. -в; 18. -д; 19. -а; 20. -д;

4). Подготовить презентацию на тему «Сосудистые гангрены. Клиника, диагностика, лечение, профилактика».

Рекомендуемая литература:

Основная:

Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г
Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г
The manual	Gostishev V/K. General surgery	-М.:GEOTAR-Media? 2006
Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008
Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г

Дополнительная:

Тема 1.12 Заболевания вен нижних конечностей. Тромбозы. Тромбофлебиты.

Цель: способствовать формированию теоретических знаний и практических навыков по диагностике и хирургическому лечению острых и хронических заболеваний венозной системы.

Задачи:

- ознакомить студентов с клиникой острых и хронических заболеваний вен;
- научить обследованию больных с острыми венозными тромбозами, тромбофлебитами, хроническими заболеваниями вен;
- обучить методике проведения функциональных проб при нарушениях венозного кровообращения;
- дать представление о методах хирургического лечения больных с венозной патологией и о диагностике жизнеугрожающих состояний (ТЭЛА).

Обучающийся должен знать: Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками.

Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария

Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.

Обучающийся должен уметь: Соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня

Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.

Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести клиническое обследование пациента; проанализировать полученные данные и выделить клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи.

Обучающийся должен владеть: Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами

Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- 1) определение понятия нарушений венозного оттока и конкретизация причин их возникновения;
- 2) клинико-инструментальная диагностика острых и хронических нарушений венозного кровообращения;

- 3) показания к консервативному и оперативному лечению больных с острыми венозными тромбозами, тромбозами, варикозной болезнью и посттромбофлебитическим синдромом;
- 4) жизнеугрожающие состояния (ТЭЛА) при флеботромбозах и их профилактика; реабилитация пролеченных больных и их диспансеризация

2. Практическая работа.

Практическая работа заключается в осмотре больных хирургического отделения с венозной патологией и проведением у них функциональных проб. Проводится анализ имеющихся флебограмм, результатов ультразвукового исследования с дуплексным сканированием. Участие в перевязках оперированных больных. Знакомство с правилами и объемом заполнения медицинской документации.

Выполняется студентами под руководством преподавателя на фантомах, муляжах, в палате, перевязочной и операционной.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

- а) ознакомление с условиями задачи
- б) определите проблему, требующую решения
- в) определите последовательность действий в конкретной ситуации
- г) оцените возможные ошибки и опасности нерешенной проблемы
- д) определите меры предупреждения неудовлетворительного исхода

1) Алгоритм разбора задач изложен выше

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

У больной 32 лет на 9-е сутки после кесарева сечения внезапно появилось удушье, боли за грудиной, потеря сознания. Через 5 минут зарегистрирована остановка сердца. Реанимационные мероприятия были эффективны, сердечная деятельность и сознание восстановлены. Состояние больной крайне тяжелое. Определяется цианоз лица и верхней половины туловища. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Пульс 120 ударов в 1 минуту, АД 80/50 мм рт.ст. Определяется умеренный отек всей правой нижней конечности, усиление сосудистого рисунка в паховой области, болезненность при пальпации зоны проекции сосудистого пучка на бедре. При ангиопульмонографии контрастирования левой легочной артерии не получено. В устье правой легочной артерии обнаружен пристеночный дефект контрастирования. Развитие какого заболевания осложнило течение послеоперационного периода? Что явилось его причиной? Какое хирургическое вмешательство должно быть предпринято в данном случае?

1. У больной развилась эмболия легочной артерии.

2. Причиной осложнения явился, по-видимому острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз.

3. Больной следует произвести немедленную эмболэктомию из легочной артерии.

4. Для предотвращения повторной эмболии целесообразно выполнить имплантацию кава-фильтра

3). Задачи для самостоятельного разбора на занятии

На поликлинический прием к хирургу обратилась больная 27 лет, у которой около года назад появились умеренно расширенные поверхностные вены на левой голени в стороне от основных венозных магистралей. Пробы Троянова – Тренделенбурга и Претта отрицательные. О чем свидетельствует отрицательный результат проведенных функциональных проб? Какая стадия варикозной болезни имеется у этой больной и какое лечение ей можно предложить?

4. Задания для групповой работы.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендованной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

- Анатомия и физиология венозного возврата крови из нижних конечностей;
- Варикозная болезнь нижних конечностей, механизмы развития и осложнения.
- Средства консервативного лечения ХВН I-II, комбинированная минифлебэктомия как основной вид радикального лечения;
- ГВТ, угрожающие жизни конечности, при развитии острых флегмазий и ТЭЛА как смертельное осложнение, ПМП и принципы стационарного лечения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

1. Демаркационная зона характерна для:

- а) влажной сосудистой гангрены конечности;
- б) глубокого отморожения в острой фазе;
- в) поражения электротоком;
- г) сухой сосудистой гангрены;
- д) газовой гангрены.

2. При острой артериальной ишемии, проявляющейся пlegией и тотальной контрактурой конечности, устанавливается диагноз:

- а) ишемия I Б;
- б) ишемия II Б;
- в) ишемия III А;
- г) ишемия III Б;
- д) ишемия III В.

3. Современным инструментом, для эмболэктомии из артерий является:

- а) сосудистое кольцо Вольмера;
- б) вакуум-отсос;
- в) баллонный катетер Фогарти;
- г) катетер-корзинка Дормиа;
- д) катетер Грюнцига.

4. В дифференциальном диагнозе между острым венозным и артериальным тромбозами н/конечностей учитывается всё, кроме:

- а) характера отёка;
- б) окраски кожи;
- в) кожной температуры;
- г) рисунка поверхностных вен;
- д) пола больного.

5. При быстро прогрессирующей ишемической влажной гангрене стопы необходимо:

- а) сделать послабляющие разрезы кожи;
- б) выполнить ампутацию конечности;
- в) выполнить реконструкцию магистрального сосуда;

- г) пытаться перевести влажную гангрену в сухую местными средствами;
- д) проводить антибактериальную и антикоагулянтную терапию.

6. Триада Вирхова, как условие внутрисосудистого тромбообразования, – это:

- 1) замедление кровотока;
- 2) повреждение сосудистой стенки;
- 3) сдвиг в сторону гиперкоагуляции крови;
- 4) сосудистый спазм;
- 5) сосудистый коллапс.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 4; в) 2, 4, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 2, 4.

7. Возврату крови к сердцу из нижних конечностей способствует всё перечисленное, кроме:

- а) остаточного артериального давления;
- б) дыхательной экскурсии диафрагмы;
- в) сокращения мышц конечностей;
- г) венозных клапанов;
- д) высокого внутрибрюшного давления.

8. Наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования варикозной болезни н/конечностей является:

- а) эластическая компрессия;
- б) соблюдения режима движений;
- в) ограничение физической нагрузки;
- г) терапия флебопротекторами;
- д) ЛФК и массаж н/конечностей.

9. Стадия компенсации варикозной болезни (ХВН-I) может проявиться всем, кроме:

- а) ощущения тяжести и полноты в ногах;
- б) кожного зуда;
- в) ночных судорог в голени;
- г) пастозности стоп, проходящих за ночь;
- д) болей диффузного характера к концу дня.

10. Для стадии декомпенсации варикозной болезни с трофическими расстройствами (ХВН – III) не характерно:

- а) субфасциальные отеки;
- б) упорный кожный зуд;
- в) гиперпигментация кожи, дерматит;
- г) атрофия кожи с индурацией подкожной клетчатки;
- д) трофические венозные язвы.

11. Укажите наиболее частое осложнение первичной варикозной болезни н/конечностей в стадии ХВН I – II:

- а) кровотечение из варикозных узлов;
- б) трофические язвы;
- в) зудящий дерматит;

- г) тромбоз вен;
- д) микробная экзема кожи.

12. У больного варикозной болезнью после травмы началось кровотечение из варикозного узла в центре трофической язвы голени. Как осуществить гемостаз при оказании ПМП?

- 1) прижать бедренную артерию;
- 2) придать конечности возвышенное положение;
- 3) наложить давящую повязку;
- 4) ввести внутривенно дицинон, викасол;
- 5) прошить сосуд в язве.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 5; в) 1, 2, 4; г) 2, 3, 4; д) всё верно.

13. При варикотромбозе, восходящем от голени до верхней трети бедра, показано:

- 1) назначение дезагрегантов (аспирин, бутадион);
- 2) регионарная тромболитическая терапия;
- 3) операция Троянова-Тренделенбурга;
- 4) иссечение варикозных вен с перевязкой перфорантных;
- 5) гирудотерапия и эластическая компрессия голени и бедра.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2; б) 1, 3; в) 2, 4; г) 1, 2, 3; д) 4, 5.

14. При первичной варикозной болезни вен н/конечностей с ХВН – II методом выбора в лечении будет:

- а) эластическая компрессия;
- б) операция – флебэктомия;
- в) ЛФК и массаж;
- г) склерозирующая терапия;
- д) терапия флебопротекторами.

15. Какие цели преследует радикальная операция при первичном ВРВ н/конечностей?

- а) устранение сброса крови из глубоких вен в поверхностные путём их разобщения (операция Троянова-Тренделенбурга, Коккета);
- б) удаление изменённых подкожных вен (операция Бэбкока, Нарата);
- в) коррекция клапанной несостоятельности глубоких вен;
- г) решение всех указанных задач;
- д) решение задач «а» и «б».

16. Устранить патологический сброс крови из глубоких вен в поверхностные позволяют операции:

- а) Троянова-Тренделенбурга;
- б) Коккета;
- в) Линтона;
- г) ни одна из них;
- д) все перечисленные операции.

17. После комбинированной флебэктомии по поводу варикозной болезни нижних конечностей показано:

- а) раннее вставание;

- б) эластическое бинтование конечностей;
- в) физиотерапевтическое лечение;
- г) лечебная гимнастика;
- д) всё перечисленное.

18. Флеботромбозу способствует:

- а) мышечная релаксация;
- б) травма сосудов;
- в) варикозная трансформация вен;
- г) гиперкоагуляция;
- д) всё вышеперечисленное.

19. Для глубокого подвздошно-бедренного флеботромбоза характерно всё, кроме:

- а) гиперемии кожи в проекции магистральных вен;
- б) отёка голени и бедра;
- в) тупых распирающих болей в конечности;
- г) увеличения объёма бедра и голени;
- д) цианоза кожи и усиления венозного рисунка.

20. Наиболее опасным осложнением глубоких венозных тромбозов является:

- а) трофическая язва голени;
- б) ТЭЛА;
- в) тромбофлебит п/к вен;
- г) развитие ПТФС;
- д) вторичное ВРВ.

21. Бледная флегмазия – это илеофemorальный ГВТ, сопровождающийся:

- а) тромбозом всего венозного русла конечности;
- б) стойким артериальным спазмом;
- в) тромбозом бедренной артерии;
- г) сахарным диабетом;
- д) присоединением кластридиальной анаэробной инфекции.

22. Синяя флегмазия – это илеофemorальный ГВТ, сопровождающийся:

- а) тромбозом всего венозного русла;
- б) стойким артериальным спазмом;
- в) тромбозом бедренной артерии;
- г) сахарным диабетом;
- д) присоединением кластридиальной анаэробной инфекции.

23. Распространению флеботромбоза в венах н/конечностей препятствует:

- а) постельный режим с возвышенным положением н/конечности;
- б) антикоагулянтная терапия;
- в) терапия дезагрегантами;
- г) эластическое бинтование;
- д) всё перечисленное.

24. При илеофemorальном ГВТ у беременной показано:

- а) госпитализировать больную в родильный дом;
- б) проводить консервативное лечение дома;
- в) определить программу лечения после определения протромбинового индекса;
- г) экстренно госпитализировать в отделение ангиохирургии;
- д) направить беременную в женскую консультацию.

25. Тромболизис в свежих случаях сосудистых тромбозов достигается применением:

- а) компламина;
- б) стрептазы;
- в) аспирин;
- г) гепарина;
- д) солкосерила.

26. Контроль эффекта антикоагулянтной терапии гепарином осуществляется определением:

- а) билирубина;
- б) трансаминаз сыворотки;
- в) времени свертывания крови;
- г) времени кровотечения;
- д) протромбинового индекса.

27. К тромболитическим препаратам не относится:

- а) фибринолизин;
- б) стрептодеказа;
- в) лидаза;
- г) целиаза;
- д) урокиназа.

28. При ТЭЛА наблюдаются все признаки, кроме:

- а) гипоксии;
- б) шума трения перикарда;
- в) гиперкапнии;
- г) о. правожелудочковой недостаточности;
- д) гипотензии.

29. Инструментом, внесшим значительный прогресс в технику сосудистых эмболэктомий, является:

- а) катетер Грюнцига;
- б) зонтичный кавафилтър;
- в) петля-корзинка Дормиа;
- г) катетер Фогарти;
- д) катетер Фоли.

30. После успешной сердечно-легочной реанимации при субмассивной форме ТЭЛА спасительными для жизни больного будут:

- 1) эмболэктомия из легочной артерии в условиях АИК;
 - 2) чрезвенозная имплантация кава-фильтра;
 - 3) пликация нижней полой вены механическим швом;
 - 4) общая тромболитическая терапия;
 - 5) тромболитизис после катетеризации ствола легочной артерии и ангипульмонографии.
- Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 3, 4, 5; в) 1, 5; г) 1, 3, 4; д) 2, 3, 4.

Эталон ответов: 1. –г; 2. –в; 3. –в; 4. –д; 5. –б; 6. –а; 7. –а; 8. –а; 9. –в; 10. –а; 11. –г; 12. –г; 13. –б; 14. –б; 15. –д; 16. –д; 17. –д; 18. –д; 19. –а; 20. –б; 21. –б; 22. –а; 23. –д; 24. –г; 25. –б; 26. –в; 27. –в; 28. –б; 29. –г; 30. –в.

4). Подготовить презентацию на тему «Глубокие венозные тромбозы. Клиника, диагностика, лечение, профилактика».

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2006 г	100	+
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014 г	100	+
3.	General surgery: the manual	Gostishev V/K.	-М.:GEOTAR-Media, 2006	20	+
4	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+
2.	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
3.	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	РИС КГМА, 2012 г	100	-
4.	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	100	+
5	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	72	+
6	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	4	-

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

Кафедра общей хирургии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине
«Специальные вопросы в практической хирургии»**

Специальность - 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		Знать	Уметь	Владеть		
ОК-8	Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этические, профессионально-культурные различия.	32. Основные правила толерантного и бесконфликтного общения в поликультурном пространстве и нормы права, регулирующие особенности толерантного общения в медицинской сфере	У2. Толерантно воспринимать различия в поликультурной среде, осуществлять профессиональную деятельность с учётом культурно-религиозных особенностей пациента	В2. Способностью толерантно воспринимать социальные, этнические, профессиональные и культурные особенности пациентов	Раздел «Основы клинической хирургии»	7
ОПК-9	Способность к оценке морфо-функциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме	3.3 Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного	У.3. Проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация,	В.3. Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования	Раздел «Основы клинической хирургии»	7

	человека для решения профессиональных задач.	терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания). Направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.			
ПК- 6	Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем-Х, пересмотр, принятой 43-й Всемирной Ассамблеей здравоохранения, г. Женева, 1989 г.	33.Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля. Классификацию заболеваний внутренних органов(по МКБ-10 и клиническую)	У3.Назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объём дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз.	В3.Навыки составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыки проведения дифференциального диагноза; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики.	Раздел «Основы клинической хирургии»	7

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	зачтено	зачтено	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
ОК-8						
Знать	Не знает основные правила толерантного и бесконфликтного общения в поликультурном пространстве и нормы права, регулирующие особенности толерантного общения в медицинской сфере	Не в полном объеме знает основные правила толерантного и бесконфликтного общения в поликультурном пространстве и нормы права, регулирующие особенности толерантного общения в медицинской сфере	Знает основные правила толерантного и бесконфликтного общения в поликультурном пространстве и нормы права, регулирующие особенности толерантного общения в медицинской сфере, допускает ошибки	Знает основные правила толерантного и бесконфликтного общения в поликультурном пространстве и нормы права, регулирующие особенности толерантного общения в медицинской сфере	Устный опрос, тест	Собеседование, тест
Уметь	Не умеет толерантно воспринимать различия в поликультурной среде, осуществлять профессиональную деятельность с учётом культурно-религиозных особенностей пациента	Частично освоено умение толерантно воспринимать различия в поликультурной среде, осуществлять профессиональную деятельность с учётом культурно-религиозных особенностей пациента	Толерантно воспринимает различия в поликультурной среде, осуществлять профессиональную деятельность с учётом культурно-религиозных особенностей пациента, допускает ошибки.	Толерантно воспринимает различия в поликультурной среде, осуществлять профессиональную деятельность с учётом культурно-религиозных особенностей пациента	Устный опрос, Тест, решение ситуационных задач, презентация	Собеседование, тест
Владеть	Не владеет способностью толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные особенности пациентов	Не полностью толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные особенности пациентов	Способен использовать принципы толерантности, воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные особенности пациентов	Владеет принципами толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные особенности пациентов	Устный опрос, Тест.	Приём практических навыков
ОПК-9						
Знать	Не знает методы диагностики, диагностические возможности методов	Не в полном объеме знает, методы диагностики, диагностические возможности	Знает, методы диагностики, диагностические возможности методов	Знает методы диагностики, диагностические возможности методов	Устный опрос,	Собеседование

	непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля.	методов непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля, допускает существенные ошибки	непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля, допускает ошибки	непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и инфекционного профиля	Тест, презентация	
Уметь	Не умеет проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания) Направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	Частично освоено умение проводить физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	Правильно использует методику физикального обследования пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	Самостоятельно проводит физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определения характеристик пульса, частоты дыхания). Направлять детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, проводить патофизиологический анализ клинических синдромов.	Устный опрос, Тест, решение ситуационных задач	Собеседование
Владеть	Не владеет правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	Не полностью владеет правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования.	Способен использовать навыки правильного ведения медицинской документации; методы общеклинического обследования.	Владеет навыками. правильного ведения медицинской документации; методами общеклинического обследования.	Устный опрос, тест	Приём практических навыков
ПК-6						
Знать	Фрагментарные знания о причинах возникновения и патогенетических механизмах развития основных клинических симптомов,	Общие, но не структурированные знания о причинах возникновения и патогенетических механизмах развития основных	Сформированные, но содержащие отдельные пробы знания о причинах возникновения и патогенетических механизмах развития	Сформированные систематические знания о причинах возникновения и патогенетических механизмах	Устный опрос, Тест, презентация	Собеседование

	синдромов при заболеваниях внутренних органов, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля, классификации заболеваний внутренних органов(по МКБ-10 и клиническую)	клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля, классификации заболеваний внутренних органов(по МКБ-10 и клиническую)	основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля, классификации заболеваний внутренних органов(по МКБ-10 и клиническую)	развития основных клинических симптомов, синдромов при заболеваниях внутренних органов, современных методах клинической, лабораторной и инструментальной диагностики подростков и взрослого населения терапевтического профиля, классификации заболеваний внутренних органов(по МКБ-10 и клиническую)		
Уметь	Частично освоенное умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объём дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объём дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объём дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз.	Сформированное умение назначать и оценивать (интерпретировать) результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объём дополнительных исследований, сформулировать клинический диагноз.	Устный опрос, Тест, решение ситуационных задач, презентация	Собеседование

Вла- деть	Фрагментарное применение навыков составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыки проведения дифференциального диагноза; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыки проведения дифференциального диагноза; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения навыков составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыки проведения дифференциального диагноза; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	Успешное и систематическое применение навыков составления плана диагностических мероприятий для уточнения диагноза и выявления неотложных состояний; навыки проведения дифференциального диагноза; интерпретация результатов лабораторных, инструментальных и специфических методов диагностики	Устный опрос, тест	Приём практических навыков
--------------	---	--	--	---	--------------------	----------------------------

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

1.1. Примерные вопросы к зачёту, устному опросу, собеседованию, критерии оценки (ОК-8, ОПК-9, ПК-6).

1. Юридические основы хирургической деятельности. Хирургическая документация: амбулаторная карта и карта стационарного больного, операционный журнал.
2. Деонтология как элемент хирургической деятельности. Врачебная этика и уровни взаимоотношений в хирургической среде. Ятрогенная патология в хирургии.
3. Система выхаживания хирургических больных в хирургическом и реанимационном отделениях. Роль младшего и среднего персонала в этом процессе и деонтология их труда.
4. Понятие о хирургической инфекции. Источники и пути распространения инфекции, экзо- и эндогенная контаминация ран. Специфика внутрибольничной (госпитальной) инфекции.
5. Асептика на путях распространения хирургической инфекции. История становления метода. Организационные способы пресечения воздушной контаминации в хирургическом отделении и оперблоке..
6. Аппараты для ИВЛ. Принципы работы. Инструменты и оборудование для вентиляции через маску, интубационную трубку, трахеостому. Контроль адекватности газообмена и возможные осложнения ИВЛ.
7. Назначение повязок в хирургии. Виды повязок и материалы для них. Перевязка как метод контроля и воздействия на ход раневого процесса в чистых и гнойных ранах.
8. Транспортная иммобилизация при повреждениях. Лечебная иммобилизация при операциях и травмах. Режимы поведения и транспортировка больных с различной тяжестью состояния.
9. Показания и техника пункции – катетеризации периферических и центральных вен. Забор крови из вены и измерение ЦВД. Техника длительных и массивных инфузий и оборудование для этого. Возможные осложнения и профилактика их.

10. Программа обследования хирургического больного. Оценка субъективной и объективной информации. Местный статус болезненного очага как объект особого внимания. Алгоритмы применения уточняющих методов исследования.

11. Особенности обследования больных с тяжелыми повреждениями и острыми хирургическими заболеваниями. Экстренная оценка нарушения жизненно важных функций с использованием современных систем (APACHE, MODS, SAPS) в сочетании с одновременным проведением неотложных лечебных мероприятий.

12. Клиническая оценка общего состояния больных. Критические состояния: острая ССН, острая дыхательная недостаточность, кома, острая печеночно - почечная недостаточность. Диагностика. Первая медицинская помощь и программа интенсивной терапии критических состояний в ПИТе.

13. Диагностика терминальных состояний: преагония, агония, клиническая смерть. Первичный реанимационный комплекс и программа реанимации в реанимационном зале. Признаки биологической смерти. Уход за трупом.

14. Роль лимфатических барьеров в отграничении хирургической инфекции. Лимфангиит, лимфаденит, аденофлегмона. Клиника. Принципы лечения.

15. Глубокие флегмоны головы и шеи. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Местное и общее лечение.

16. Гнойный медиастенит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение отдельных форм (передний, задний).

17. Аксиллярная, субпекторальная, подлопаточная флегмоны грудной стенки. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

18. Гнойный паранефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Принципы санации мочевыводящих путей.

19. Забрюшинные флгмоны. Этиопатогенез. Клинические особенности отдельных форм (паранефрит, параколит, тазовые флегмоны). Клиника. Диагностика лечение.

20. Острый парапрактит. Этиопатогенез. Клинико-анатомическая классификация отдельных форм. Диагностика. Лечение.

21. Гнойный паротит. Профилактика в послеоперационном периоде. Клиника. Диагностика. Лечение.

22. Острый гнойный мастит. Профилактика в период лактации. Клиника. Диагностика различных форм. Хирургическое лечение. Осложнения.

23. Острый гнойный плеврит. Этиопатогенез. Клинико-анатомическая классификация. Диагностика и лечение в различные фазы развития. Техника плеврального дренирования.

24. Эксудативный перикардит. Этиопатогенез. Клиника и диагностика в различные фазы заболевания. Принципы местного и общего лечения.

25. Пиопневмоторакс как критическое состояние. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы интенсивного лечения.

26. Перитонит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение различных по распространенности форм. Компоненты общей интенсивной терапии.

27. Дифференциальная диагностика острых болей в животе (синдромы «висцеральной колики» и «острого» живота). Первая медицинская помощь при этих состояниях.

28. Определение и классификация ран. Патогенез и фазы раневого процесса. Виды заживления ран. Причины нарушения заживления.

29. Этапы и принципы оказания первой помощи при случайных ранах. ПХО ран и её виды. Вторичная хирургическая обработка осложнённой раны. Вторичные хирургические швы.

30. Операционный доступ как идеальная хирургическая рана. Раневые осложнения. Клиника, диагностика и лечение отдельных видов осложнений.

31. Первичные и вторичные гнойные раны. Общие и местные признаки нагноения. Лечение гнойной раны в различные фазы раневого процесса. Применение современных технологий в лечении инфицированных ран.

32. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. Этиология заболевания, клиника, особенности диагностики, принципы лечения.
33. Классификация хронической артериальной недостаточности нижних конечностей. Методы клинической и инструментальной диагностики, принципы лечения на различных стадиях.
34. Острая артериальная недостаточность нижних конечностей. Основные эмбологенные заболевания и причины тромбозов. Клинические проявления, принципы диагностики, профилактика.
35. Стадии острой артериальной недостаточности нижних конечностей. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения при артериальных тромбозах и эмболиях.
36. Острые венозные тромбозы и тромбозы. Клиника и принципы этапного лечения. ТЭЛА как критическое осложнение ГВТ.
37. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Стадии ХВН и её осложнения. Принципы комплексного лечения.
38. Нарушение лимфооттока. Лимфостаз нижних конечностей. Принципы диагностики и лечения в различные стадии. Лимфорреи и лимфадениты.
39. Некрозы. Причины возникновения и клинические формы пролежней, трофических язв. Профилактика, принципы местного и общего лечения.
40. Гангрены нижних конечностей. Этиопатогенез и клинические формы. Принципы профилактики и комплексного лечения.
41. Свищи. Классификация и этиопатогенез различных форм. Принципы местного и общего лечения свищей из очагов воспаления, мест нахождения инородных тел, протоковых систем и полых органов.
42. Опухоли как вид хирургической патологии. Особенности доброкачественных и злокачественных опухолей. Опухолоподобные заболевания и предраки. Клиническая диагностика опухолей. Иммунологическая (маркеры) и морфологическая их верификация.
43. Понятие о первой помощи при острых заболеваниях и травмах. Этапность и содержание медицинской помощи до поступления больного в стационар. Оснащение аптек первой медицинской помощи.
44. Служба скорой медицинской помощи в РФ. Организация и принципы работы в обычном режиме. Значение и функции специализированных бригад СМП. Оказание первой медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях (в очагах бедствия).
45. Первая медицинская помощь при механических, термических и электротравмах. Диагностика тяжести состояния и лечебные мероприятия на доклиническом этапе.
46. Экстраабдоминальные заболевания, симулирующие «острый живот». Особенности клинической диагностики, возможные ошибки и осложнения.
47. Первая медицинская помощь при гиповентиляции (пневмоторакс, асфиксия инородными телами, травма и отёк гортани, множественные переломы рёбер). Диагностика и лечение. Мероприятия на доклиническом этапе.
48. Дифференциальная диагностика «острого» живота и висцеральной колики. Первая помощь на доклиническом этапе лечения.
49. Структура хирургической службы поликлиники, травмпункта. Основные разделы работы амбулаторного хирурга. Организация и оснащение хирургического кабинета.
50. Современные инструментальные методы диагностики хирургических заболеваний. Неинвазивные и инвазивные методики (УЗИ, УЗДГ, КТ, радионуклидные, рентгеноконтрастные) показания к их применению.
51. Контингент амбулаторных хирургических больных. Организация и оснащение операционной и перевязочной. Принципы лечения основных групп больных. Стационар одного дня.
52. Ведение хирургической документации в поликлинике. Экспертиза утраты трудоспособности и диспансеризация больных. Порядок госпитализации экстренных и плановых больных.
53. Предоперационный период. Особенности его в плановой и экстренной хирургии. Показания к операции и оценка противопоказаний. Операционный риск и пути его снижения.
54. Предоперационная подготовка в экстренной и плановой хирургии. Деонтологические аспекты, общие и специальные методы подготовки больного. Выбор способа обезболивания.

55. Понятие о хирургической операции. Классификация оперативных вмешательств и их цели. Этапы выполнения операции и оснащение операционных.

56. Ятрогенные повреждения в хирургии. Ошибки и осложнения при выполнении диагностических и лечебных вмешательств, способы их профилактики.

57. Современные возможности малоинвазивной хирургии. Показания и противопоказания к операции. Преимущества эндоскопических и видеоассистированных операций, принципы их выполнения.

58. Распределение обязанностей в операционной бригаде в период анестезии и операции. Контроль за состоянием больного. Ведение медицинской документации.

59. Реакции организма на операционную травму – системные и метаболические. Реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде. Устройство, оснащение и функциональные обязанности персонала ПИТ.

60. Послеоперационный период. Этапы в реабилитации хирургического больного. Общее и местное лечение, профилактика осложнений. Контроль за заживлением раны. Оценка отдалённых результатов операции.

61. Послеоперационные осложнения. Классификация и этиопатогенез системных и местных осложнений. Профилактика и лечение отдельных видов осложнений. Послеоперационная летальность и пути её снижения.

62. Специфическая хирургическая инфекция. Этиология и кликопатогенетическая характеристика острых (столбняк, сибирская язва, бешенство) и хронических (туберкулез, сифилис, актиномикоз) форм. Принципы профилактики и лечения.

63. Хирургический туберкулез у детей и взрослых. Стадии и формы костно-суставного туберкулеза и туберкулезного спондилита. Принципы диагностики и лечения. Местное лечение холодных абсцессов (натёчников).

64. Хирургические аспекты сифилиса. Дифференциальная диагностика местных проявлений в остром периоде. Клиника и диагностика тканевых повреждений в поздних стадиях болезни.

65. Кандидомикоз и аспергилёз как оппортунистические местные и общие грибковые поражения при нарушении биоценоза на фоне иммуносупрессии или дизбактериоза при антибиотикотерапии. Клиника и лечение.

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

Примерные вопросы к устному опросу.

1. Структура хирургической службы поликлиники и объём консервативно-оперативного лечения.
2. Организация и оснащение хирургического кабинета.
3. Порядок амбулаторного приёма хирургических больных. Стационар одного дня.
4. Хирургическая документация в поликлинике.
5. Диспансеризация хирургических больных.

Критерии оценки:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

1 уровень:

1. Синдром Лериша – это?

- а) брахиоцефальный неспецифический артериит;
- б) атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты;
- в) дистальная ангиопатия нижних конечностей;
- г) мигрирующий тромбофлебит;
- д) окклюзия нижней полой вены.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

2. Синдром Лериша характеризуется:

- а) болями при физической нагрузке в гленях и бедрах;
- б) отсутствие пульсации бедренных артерий;
- в) импотенцией;
- г) болями при ходьбе в ягодицах;
- д) всем вышеперечисленным.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

3. Найдите неверное утверждение, касающееся перемежающейся хромоты:

- а) заболевание сопровождается болями в ноге;
- б) боли возникают после функциональной нагрузки (ходьбы);
- в) проходят после отдыха;
- г) возникают после продолжительного сидения в одном положении;
- д) пульс на конечности ослаблен.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

4. Перемежающаяся хромота характерна для:

- а) посттромбофлебитического синдрома;
- б) облитерирующего эндартериита;
- в) артрозоартрита;
- г) хронического остеомиелита;
- д) тромбофлебита подкожных вен.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

5. Что такое коллатеральное кровообращение?

- а) уменьшение кровообращения в конечностях после одновременной перевязки артерий и вен;

- б) кровоток по боковым ветвям после прекращения кровотока по магистральному сосуду;
- в) движение крови в восходящем направлении;
- г) восстановленное кровообращение в конечности по магистральным сосудам;
- д) все вышеуказанные признаки.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

6. Признаками синдрома ХАН I-II степени являются все, кроме:

- а) выпадения волос на конечности;
- б) атрофии мышц;
- в) побледнения кожи;
- г) деформации ногтевых пластинок и онихомикоза;
- д) наличия отёков.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

7. I степень синдрома ХАН характеризуется:

- а) перемежающейся хромотой через 1000 метров;
- б) перемежающейся хромотой через 200 метров;
- в) перемежающейся хромотой через 50 метров;
- г) болями в ногах в покое;
- д) трофическими язвами стоп.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

8. При облитерирующем эндартериите с ХАН – I степени показано:

- а) консервативная терапия;
- б) поясничная симпатэктомия;
- в) реконструкция магистральных артерий;
- г) первичная ампутация конечности;
- д) периаартериальная симпатэктомия с остеоперфорацией.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

9. Лечение облитерирующего эндартериита включает:

- а) улучшение реологии крови;
- б) устранение сосудистого спазма;
- в) обезболивание;
- г) улучшение микроциркуляции крови;
- д) всё перечисленное.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

10. У больного с синдромом Лериша, ХАН – III правильным способом лечения будет:

- а) консервативная терапия;
- б) операция бифуркационного аортобедренного шунтирования (БАБШ);
- в) периаартериальная симпатэктомия;
- г) поясничная симпатэктомия;
- д) операция аортобедренного шунтирования (АБШ).

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

11. При атеросклеротической окклюзии магистральных артерий у больного 80 лет с ХАН – IV и гангреной стопы правильным методом лечения будет:

- а) только консервативное лечение;
- б) поясничная симпатэктомия;
- в) реконструктивная операция на артериях;
- г) первичная ампутация конечностей;

д) микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень.
ОК-8, ОПК-9, ПК-6

12. Наиболее частой причиной острого артериального тромбоза в н/конечностях является:

- а) облитерирующий эндартериит;
- б) облитерирующий атеросклероз;
- в) пункция и катетеризация артерий;
- г) экстравазальная компрессия сосуда;
- д) полицитемия (плетора).

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

13. Наиболее часто причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:

- а) ИБС и нарушения ритма;
- б) атеросклероз аорты;
- в) аневризма аорты;
- г) артериовенозные свищи;
- д) тромбоз нижней полой вены.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

14. Развитие у больного с острой артериальной ишемией конечности болей, онемения и похолодания в покое соответствует:

- а) ишемии напряжения;
- б) ишемии I А;
- в) ишемии I Б;
- г) ишемии II А;
- д) ишемии II Б.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

15. Основным фактором, определяющим лечебную тактику при острой артериальной ишемии конечностей, является:

- а) возраст больного;
- б) тяжесть общего состояния;
- в) стадия ишемии конечности;
- г) наличие сопутствующего стеноза или окклюзии артерий;
- д) локализация острой окклюзии.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

16. Для эмболии артерий конечностей, в отличие от тромбоза, характерно всё перечисленное, кроме:

- а) более молодого возраста;
- б) наличия эмбологенного заболевания сердца;
- в) внезапного острого начала ОАИ;
- г) сильнейшего болевого синдрома в момент острой окклюзии;
- д) тромбогенного заболевания артерий с ХАН в анамнезе.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

17. Для эмболии бедренной артерии характерно всё, кроме:

- а) отсутствия пульсации под паупартовой связкой;
- б) отсутствия пульса на подколенной артерии;
- в) усиления пульсации под паупартовой связкой по сравнению со здоровой конечностью;
- г) побледнения конечности;
- д) резкого похолодания конечности.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

18. Для острой артериальной ишемии конечности II Б стадии не характерно:

- а) онемение;
- б) мраморность кожных покровов;
- в) похолодание конечности;
- г) отсутствие активных движений в суставах (плегия);
- д) мышечная контрактура.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

2 уровень:

1. Синдром диабетической стопы является результатом окклюзии:

- 1) артериол;
- 2) бифуркации аорты;
- 3) периферических артерий;
- 4) дистальных магистральных артерий;
- 5) проксимальных магистральных артерий.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1 и 3;
- в) 2 и 4;
- г) 4 и 5;
- д) всё верно.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

2. Для эмболической закупорки подколенной артерии характерно:

- 1) отсутствие пульса на бедренной артерии;
- 2) отсутствие пульсации подколенной артерии;
- 3) отсутствие пульсации артерий стопы;
- 4) усиление пульсации подколенной артерии в сравнении с контрлатеральной;
- 5) ослабление пульсации подколенной артерии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 2, 3; б) 1, 5; в) 3, 4; г) 1, 2, 3; д) всё неверно.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

3. При флегмоне какой локализации возможна асфиксия?

- 1) височной области;
- 2) щёчной области;
- 3) дна полости рта;
- 4) подчелюстной области;
- 5) корня языка.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 3, 4, 5;
- б) 2, 3;
- в) 3, 5;
- г) 4, 5;
- д) 1, 3, 4.

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

4. Укажите клетчаточные пространства, в которых развиваются глубокие флегмоны:

- 1) окологлоточное;
- 2) медиастинальное;
- 3) забрюшинное;
- 4) межмышечные;
- 5) параректальное.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3;
 - б) 1 и 3;
 - в) 2 и 4;
 - г) 4, 5;
 - д) все указанные.
- ОК-8, ОПК-9, ПК-6

5. При остром интрамаммарном мастите в стадии инфильтрации лечение сводится к:

- 1) разрезу;
- 2) предупреждению лактостаза;
- 3) подвешиванию молочной железы косыночной повязкой;
- 4) общей антибактериальной терапии;
- 5) ретромаммарной новокаиновой блокаде с антибиотиками;

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 4; б) 1, 2, 3; в) 3, 4, 5; г) 2, 3, 4, 5; д) верно все.
- ОК-8, ОПК-9, ПК-6

3 уровень:

1. Вас пригласили на дом к больной 20 лет с беременностью 37 недель. При осмотре вы диагностировали илеофemorальный венозный тромбоз. Что следует предпринять?

- а- госпитализировать больную в родильный дом,
 - б-проводить консервативную терапию в домашних условиях,
 - в- госпитализировать больную в сосудистое отделение,
 - г-направить больную в женскую консультацию
- ОК-8, ОПК-9, ПК-6

2. У больного 45 лет, перенесшего пневмонию, появилась температура до 39 град.С, появились потрясающие ознобы, одышка, отрывистый сухой кашель, боль в грудной клетке справа при глубоком дыхании. Осмотр выявил отчётливое отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа, при пальпации обнаружено отсутствие голосового дрожания в этом месте, при перкуссии-резкое притупление с верхней границы до линии Демуазо, дыхательные шумы ослаблены. Ваш диагноз?

- а-рецидив пневмонии;
 - б- абсцесс лёгкого;
 - в-эмпиема плевры;
 - г-пневмоторакс;
 - д- гангрена лёгкого
- ОК-8, ОПК-9, ПК-6

3. Больная 30 лет жалуется на боли в молочных железах перед менструацией. При пальпации в молочных железах определяются множественные мелкие болезненные уплотнения. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз?

- а – двусторонний рак молочных желёз 1-я стадия;
- б – внутрипротоковые папилломы;
- в- фиброаденома;

г- фиброзно-кистозная мастопатия
д- все ответы неправильные.
ОК-8, ОПК-9, ПК-6

Критерии оценки :

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
- «не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

1.Женщина 42 лет торопливо ела холодец и проглотила куриную кость, имевшую один очень острый конец. По ряду обстоятельств лишь через сутки кость была удалена врачом через эзофагогастроскоп и обнаружено прободение стенки пищевода. Ещё через сутки у больной появились нарастающие боли за грудиной, затруднённое и болезненное глотание жидкости и повышение температуры до 39 градусов С. Больная была консультирована то-ракальным хирургом и доставлена в специализированное хирургическое отделение.

- Какое осложнение развилось в связи с прободением пищевода костью?
- Какое оперативное вмешательство потребовалось для лечения данного осложнения?
- Как можно избежать данного осложнения?

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

2.У больного 58 лет двое суток назад появились боли в эпигастрии , которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократно рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал грелку к животу, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились и распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжёлое. Сознание спутано, эйфоричен. Пульс 128 ударов в минуту, АД 95/60 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот напряжён и болезненный во всех отделах, но больше в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины по всему животу. Температура субфебрильная. Лейкоцитоз в крови – $18,0 \times 10^9 /л$ с резким палочкоядерным сдвигом влево. Выделите основные синдромы и симптомы.

Укажите наиболее вероятную причину перитонита.

Какие лечебно-диагностические мероприятия должны предшествовать операции?

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

3.У больного 32 лет, алкоголика, страдающего абсцедирующей пневмонией, внезапно появились острые боли в грудной клетке справа, цианоз и резкая одышка. Гектическая лихорадка с ознобом, тахикардия и снижение АД до 80/40 мм.рт. ст. При осмотре обращает внимание тяжесть состояния, участие в дыхании добавочной мускулатуры, отставание грудной клетки справа. При перкуссии коробочный звук в верхних отделах и укорочение в нижних отделах лёгкого справа горизонтальной границей.

- Ваш диагноз?
- Какие методы экстренного дополнительного исследования необходимо использовать?
- Какой объём неотложного лечения необходимо применить?

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

4.В приёмный покой больницы доставлен больной через 40 мин. После незначительной травмы

(упал с кровати) с жалобами на боли в области грудного отдела позвоночника.

В анамнезе у больного туберкулёз лёгких.

По рентгенограмме позвоночника имеется подозрение на компрессионный перелом 8 и 9 грудных позвонков.

Какой патологический процесс может быть у больного?

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

5. У больного, обратившегося к врачу, с жалобами на боли при глотании, во время осмотра обнаружен бугристый, плотный, размером 10 на 15 см. инфильтрат в подчелюстной области слева. Кожа над ним синюшно-багровой окраски. Температура тела 36,7 градусов С. Ваш предположительный диагноз и как вы поступите с больным?

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

Критерии оценки :

- «зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

- «не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

3.4 Примерный перечень практических навыков, критерии оценки

ОК-8, ОПК-9, ПК-6

- 1) Техника плеврального дренирования, уход за аппаратом Боброва..
- 2) Облечение в стерильную операционную одежду.
- 3) Подготовка и обработка операционного поля.
- 4) Катетеризация мочевого пузыря металлическими и эластическими катетерами.
- 5) Окончательная остановка наружного артериального кровотечения из второстепенного сосуда лигированием под зажимом или прошиванием в ране.
- 6) Временная остановка раневого артериального кровотечения пальцевым прижатием на протяжении в типичных точках.
- 7) Временная остановка раневого артериального кровотечения наложением крово-останавливающего жгута.
- 8) Техника плевральной пункции при пневмо- и гидротораксе
- 9) Первая медицинская помощь при случайной ране.
- 10) Техника вторичной ХО нагноившейся раны и перевязок в различные фазы заживления.
- 11) Техника ПХО случайной раны.
- 12) Первая медицинская помощь при анафилактическом шоке.
- 13) Первая медицинская помощь при механической асфиксии (утоплении, повешении, регургитации, аспирации инородных тел, крупе).
- 14) Эластическое компрессионное бинтование нижних конечностей.
- 15) Экстренная профилактика столбняка при ранениях.
- 16) Наложение бинтовых и косыночных повязок на различные сегменты конечностей и тела больного.
- 17) Наложение транспортных шин на конечности.
- 18) Клиническое распознавание переломов трубчатых костей и вывихов и первая помощь при них.
- 19) Клиническое распознавание закрытых механических повреждений мягких тканей (ушибы, растяжения, разрывы, сдавление) и первая медицинская помощь при них.
- 20) Первая медицинская помощь при механической асфиксии (утоплении, повешении).
- 21) Техника сердечно-лёгочной реанимации.
- 22) Использование аппаратов и инструментов для СЛР (роторасширителя, языкодержателя, воздуховодов, мешка «Амбу», портативных отсосов и оксигенаторов).
- 23) Транспортировка хирургических больных.

24) Первая помощь при отравлениях (зондирование и промывание желудка).

Критерии оценки:

- «зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

- «не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

3.5 Примерное задание к написанию учебной истории болезни, критерии оценки

Приводятся требования к структуре и оформлению учебной истории болезни согласно методических указаний, размещенных в электронно –библиотечной системе КГМУ: http://elib.kirov-gma.ru/system/files/tutorial/metodika_klinicheskogo_obsledovaniya_hirurgicheskogo_bolnogo_i_shema_napisaniya_istorii_bolezni/metodika.pdf

Критерии оценки :

- «отлично» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

- «хорошо» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов.

- «удовлетворительно» - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

- «неудовлетворительно» - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	36
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	32
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4

Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	32
Всего тестовых заданий	30
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с зачетным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

4.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий (если промежуточная аттестация проводится в форме зачета). Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты).

Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме зачёта – оценками «зачтено», «не зачтено».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа..

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.