Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 23.03.2026 09:44:54
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
«Общая хирургия, хирургические болезни»

Специальность 31.05.03 Стоматология

Направленность (профиль) ОПОП - Стоматология

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 5 лет

Кафедра общей хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденного Министерством образования и науки РФ «12» августа 2020 г., приказ № 984.

2) Учебного плана по специальности 31.05.03 Стоматология, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «30» апреля 2021 г., протокол № 4.

3) Профессионального стандарта «Врач-стоматолог», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «10» мая 2016 г., приказ № 227н.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой общей хирургии 11.05.2021 г. (протокол № 12а)

Заведующий кафедрой В.Х. Битеев

ученым советом стоматологического факультета 14.05.2021 г. (протокол № 5)

Председатель совета стоматологического факультета С.Н. Громова

Центральным методическим советом 20.05.2021 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Доцент кафедры общей хирургии А.А. Шевченко

Доцент кафедры общей хирургии В.Х. Битеев

Доцент кафедры общей хирургии В.А. Фетисов

Доцент кафедры общей хирургии И.В. Зубков

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. Типы задач профессиональной деятельности 4
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы 4
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы 9
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) 9
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля) 9
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами 10
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий 10
3.4. Тематический план лекций 11
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 13
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 16
3.7. Лабораторный практикум 17
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ 17
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля) 17
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) 17
4.1.1. Основная литература 17
4.1.2. Дополнительная литература 17
4.2. Нормативная база 18
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля) 18
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 18
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю) 19
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля) 20
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине 21
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) 24
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 24
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 25

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

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

Предусматривает формирование у обучающихся студентов знаний общих основ хирургической деятельности, необходимых врачу клиницисту независимо от его дальнейшей специализации

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

- дать представление о диагностике неотложных состояний;
- сформировать навыки участия в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
- дать представление об основах общехирургической деятельности.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Общая хирургия, хирургические болезни» относится к Блоку 1. Дисциплины. Обязательная часть.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: физика; биология; анатомия человека - анатомия головы и шеи; патофизиология – патофизиология головы и шеи; патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи; микробиология, вирусология – микробиология полости рта.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Хирургическая стоматология, Челюстно-лицевая хирургия. Медицина катастроф.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу специалитета, являются:

- физические лица (далее - пациенты);
- население.

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

- медицинский

1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы

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

№ п/п	*Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)*	*Индикатор достижения компетенции*	*Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)*			*Оценочные средства*		*№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция*
			Знать	*Уметь*	*Владеть*	*для текущего контроля*	*для промежуточной аттестации*	
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*

1	ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ИД ОПК 1.1 Соблюдает нормы морали, принципы этики и деонтологии в профессиональной деятельности, осуществляет взаимодействие в системе «врач – пациент» в соответствии с нормами этики и деонтологии	Основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками	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	Принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	Ситуационные задачи, собеседование, деловые игры. Презентации	Собеседование, прием практических навыков	Раздел № 1 Семестр № 5 Раздел №2 Семестр №№ 5,6,7 Раздел №3 Семестр № 7
2	ОПК-2 Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	ИД ОПК 2.1 Осуществляет профессиональную деятельность в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, правил ис-	Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций	Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях	Тестовые задания, собеседование, ситуационные задачи, деловые игры. Презентации	Тестовые задания. Собеседование, прием практических навыков	Раздел № 1 Семестр № 5,6,7

			пользования медицинского инструментария					
3	ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИД ОПК 5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного	Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни	Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного	Тестовые задания, собеседование, ситуационные задачи, написание истории болезни. Презентации	Тестовые задания. Собеседование, прием практических навыков	Раздел №№2, 3 Семестр №№5, 6, 7
		ИД ОПК 5.2 Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического профиля	Проводить физикальное обследование хирургического больного, собирать анамнез, проводить опрос больного и/или его родственников, проводить клиническое обследование хирургического больного; анализировать полученные данные и выделять клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние больного	Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного	Тестовые задания, собеседование, ситуационные задачи	Тестовые задания. Собеседование, прием практических навыков	Раздел №№2, 3 Семестр №№5, 6, 7

				для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи				
		ИД ОПК 5.4 Направляет пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Правила оформления и схемы написания истории болезни, направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний; системный подход к анализу медицинской информации.	Заполнять историю болезни. Составлять план лабораторного инструментального обследования и направление на консультацию к другим специалистам.	Способностью оформлять истории болезни, направления больного на лабораторные, инструментальные обследования и направление на консультацию к другим специалистам в соответствии с установленными требованиями	Ситуационные задачи, собеседование, написание истории болезни	Тестовые задания. Собеседование, прием практических навыков	Раздел № 3 Семестр № 7
4	ОПК-7 Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрез-	ИД ОПК 7.1 Распознает состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах	Особенности ведения больных, находящихся в критических состояниях, принципы оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни	Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом. Оказывать первую ме-	Основными врачебными, диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	Тестовые задания, Собеседование, ситуационные задачи. Презентации	Тестовые задания. Собеседование, прием практических навыков	Раздел №№ 1, 2 Семестр № 5

	вычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения		состояниях.	дицинскую помощь пострадавшим при ранениях, при кровотечениях, травмах, механической асфиксии, клинической смерти				
5	ОПК-9 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИД ОПК 9.3. Использует современные методы функциональной диагностики, интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека	Ведение типовой медицинской документации. Диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического, профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику)	Определить статус больного; провести первичную оценку состояния систем, органов. Определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидропневмоторакса. Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата	Правильным ведением типовой медицинской документации. Интерпретацией результатов инструментальных и лабораторных методов диагностики.	Собеседование, ситуационные задачи, написание истории болезни	Тестовые задания. Собеседование, прием практических навыков	Раздел № 3 Семестр № 7

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 6 зачетных единиц, 216 час.

Вид учебной работы			Всего часов	Семестры		
				№5	№6	№7
1			2	5	6	7
Контактная работа (всего)			120	36	36	48
в том числе:						
Лекции (Л)			36	12	12	12
Практические занятия (ПЗ)			84	24	24	36
Семинары (С)						
Лабораторные занятия (ЛР)						
Самостоятельная работа (всего)			60	18	18	24
В том числе:						
- История болезни			5			5
- Презентация			10	5	5	
- Подготовка к практическим занятиям и лекциям			21	7	7	7
- Подготовка к текущему контролю			18	6	6	6
- Подготовка к промежуточной аттестации			6			6
Вид промежуточной аттестации	экзамен	контактная работа	3			3
		самостоятельная работа	33			33
	Зачет					
Общая трудоемкость (часы)			216	54	54	108
Зачетные единицы			6	1,5	1,5	3

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.	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-7	Общие вопросы хирургии.	Асептика. Профилактика воздушной инфекции. Асептика. Профилактика контактной и имплантационной инфекции. Антисептика в хирургии. Кровотечение и кровопотеря. Хирургический гемостаз. Местное и регионарное обезболивание в хирургии. Общая анестезия.

2.	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-5	Основы клинической хирургии.	Понятия травмы. Виды травматизма. Травма мягких тканей и скелетная травма. Сочетанная травма. ЧМТ. Травма груди и живота. Термотравма. Ожоговая болезнь и замерзание. Электротравма. Химические ожоги. Травматическая болезнь. Раны, раневой процесс. Консервативное и оперативное лечение чистых и гнойных ран. Основы пластической хирургии и трансплантологии. Хирургическое лечение опухолей. Инфекции кожи и подкожной клетчатки. Инфекции серозных полостей. Инфекция глубоких клетчаточных пространств и железистых органов. Инфекции костей, суставов, кисти. Общая гнойная инфекция. Острая анаэробная хирургическая инфекция. Заболевания периферических артерий и вен нижних конечностей. Основы онкохирургии Основы пластической хирургии и трансплантологии. Острый аппендицит, Основы герниологии, Желчекаменная болезнь и её осложнения. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Осложнения язвенной болезни. Заболевания толстой и прямой кишок. Острая кишечная непроходимость. Острый панкреатит Перитонит
3.	ОПК-1 ОПК-2 ОПК-5 ОПК-9	Этапы лечения хирургических больных.	Амбулаторная хирургия. Курация хирургического больного. Предоперационный период. Хирургическая операция. Послеоперационный период. Осложнения послеоперационного периода.

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	2	3
1	Хирургическая стоматология.	+	+	+
2	Челюстно-лицевая хирургия	+	+	+
3	Медицина катастроф	-	-	+

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	Общие вопросы хирургии			6	12	-		18	36
2	Основы клинической хирургии			28	64	-	-	18	110
3	Этапы лечения хирургических больных			2	8	-	-	24	34
4	Вид промежуточной аттестации:	Зачет							-
		Экзамен	контактная работа						3
			самостоятельная работа						33
	Итого:			36	84	-	-	60	216

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)		
				5 сем	6 сем	7 сем
1	2	3	4	5	6	7
1	1	Введение в хирургию. Асептика и антисептика в хирургии	Введение в специальность. Хирургия как клиническая дисциплина. Организация хирургической помощи в РФ. Асептика и антисептика в хирургии Профилактика бактериальной и вирусной контаминации ран. Способы современной комплексной антисептики в борьбе с раневой инфекцией	2		
2	1	Основы обезболивания в хирургии	Основы обезболивания в хирургии. Учение о боли. История научного обезболивания. Местная и регионарная анестезия. Общая анестезия, принципы и способы достижения. Аппаратура и анестетики. Этапы и контроль адекватности	2		
3	1	Кровотечение и гемостаз	Кровотечения и гемостаз. Классификация кровотечений. Клиническая и патофизиологическая характеристика кровопотерь. Геморрагический шок. Спонтанный гемостаз. Способы предварительной и окончательной остановки кровотечений.	2		
4	2	Раны и раневой процесс. Лечение ран	Раны и раневой процесс. История учения о ранах. Классификация. Клиническая характеристика ран. Раневой процесс: норма и патология. Принципы лечения ран в различные фазы раневого процесса	2		
5	2	Основы травматологии	Механическая травма. Клиническая классификация травмы. Изолированная травма мягких тканей, костей, суставов. ПМП и этапы лечения повреждений. Основы комбустиологии. Термические ожоги: классификация, оценка, прогноз. Ожоговая болезнь Принципы общего и местного лечения. Отморожение, замерзание; электротравма; химические ожоги. Клиника, диагностика, общее и местное лечение.	2		
6	2	Гнойные заболевания покровов	Общие вопросы хирургической инфекции. Структура хирургической патологии и место инфекции в ней. Классификация хирургической инфекции. Характеристика возбудителей. Патогенез очаговой инфекции, механизмы резистентности. Стадии процесса нагноения, их диагностика и лечение.	2		
7	2	Острая анаэробная хирургическая инфекция	Анаэробная хирургическая инфекция. Этиопатогенез газовой гангрены. Клиника, диагностика и лечение. Карантинные мероприятия. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Этиопатогенез и патоморфоз. Клиника, диагностика и лечение. Столбняк. Патогенез и формы. Специфичность клиники. Принципы профилактики и лечения.		2	
8	2	Сепсис	Общая гнойная хирургическая инфекция.		2	

			Классификация сепсиса. Патогенез, стадии развития. Клиника и диагностика в различные фазы. Осложнения и танатогенез. Хирургическая санация входных ворот и принципы комплексной терапии.			
9	3	Обследование хирургического больного. Периоперационный период	Обследование хирургического больного. Особенности хирургической патологии и алгоритмы диагностики в плановых и неотложных условиях. Пропедевтика местного статуса. Уточняющие исследования. Диагностика в критических состояниях. Этапность оказания медицинской помощи в ургентной хирургии.		2	
10.	2	Острый аппендицит	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.		2	
11.	2	Основы герниологии	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация грыж. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.		2	
12.	2	Желчекаменная болезнь и её осложнения	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.		2	
13.	2	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
14.	2	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	Эпидемиология. Классификация форм. Этиопатогенез, клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.			2
15	2	Заболевания толстой и прямой кишок	Эпидемиология. Классификация форм. Этиопатогенез, клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.			2
16	2	Острая кишечная непроходимость	Эпидемиология. Классификация форм. Этиопатогенез, клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.			2
17	2	Острый панкреатит	Эпидемиология. Классификация форм Этиопатогенез, клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.			2
18	2	Перитонит	Классификация перитонита. Этиология и источники инфицирования. Патогенез. Клинические проявления. Лечение			2
Итого				**12**	**12**	**12**

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)		
				5 сем	6 сем	7 сем
1	2	3	4	5	6	7
1	1	Асептика и антисептика в хирургии	Источники и пути распространения хирургической инфекции. Профилактика контактной и имплантационной инфекции. Профессиональная одежда хирурга. Инструменты, шовный материал и др. имплантаты. Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения. Смешанная антисептика. Инструментальная обработка ран – первичная и вторичная ХО. Биофизические методы санации гнойных ран. Химические антисептики. Антибиотики и ферменты. Иммунокорректоры. Практическая подготовка (ПП)	4 Из них на ПП 1		
2	1	Кровотечение. Гемостаз	Кровотечение и кровопотеря. Клиническая оценка вида кровотечений и тяжести кровопотери. Анализ синдрома патологических выделений при внутренних кровотечениях. Значение эндоскопии в топической диагностике источника кровотечения. Расчёт кровопотери по клиническим и лабораторным показателям. Способы временной и окончательной остановки раневых кровотечений. Консервативный, эндоскопический и операционный гемостаз при внутренних кровотечениях. Показания и техника переливания крови. Пробы на индивидуальную совместимость. Компоненты и препараты крови. Способы гемотрансфузий. Компоненты крови и принципы заместительной гемотерапии. Реакции, осложнения и их лечение. Практическая подготовка (ПП)	4 Из них на ПП 1		
3	1	Основы обезболивания в хирургии	Основы обезболивания в хирургии. Учение о боли. История научного обезболивания. Местная и регионарная анестезия. Общая анестезия, принципы и способы достижения. Аппаратура и анестетики. Этапы и контроль адекватности. Практическая подготовка (ПП)	4 Из них на ПП 1		
4	2	Основы травматологии	Травма мягких тканей. Закрытые повреждения мягких тканей. Ушибы, растяжения и разрывы, сотрясения и сдавления, Первая медицинская помощь и этапное лечение закрытых травм мягких тканей. Классификация термотравм мирного времени и прогноза при ней. Этапы лечения	4 Из них на ПП		

			пострадавших от электричества и едких химикалий. Практическая подготовка (ПП)	1		
5	2	Раны. Лечение ран	Основные понятия. Клиника. Диагностика. Первая помощь. Понятие о консервативном и оперативном лечении ран. ПХО ран. Аномалии раневого процесса. Профилактика. Практическая подготовка (ПП)	4 Из них на ПП 1		
6	2	Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки	Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки: рожа, фурункулы, карбункулы, гидрадениты; эпифасциальные абсцессы и флегмоны. Клиника, диагностика и лечение. Лимфангоиты и лимфадениты. Практическая подготовка (ПП)	4 Из них на ПП 1		
7	2	Гнойная заболевания глубоких клетчаточных пространств и железистых органов	Клиника и диагностика глубоких флегмон. Аппаратные и инструментальные методы. Способы дренирования и программа общего и местного лечения. Паротит, мастит, панкреатит. Диагностика и лечение в различные стадии. Практическая подготовка (ПП)		4 Из них на ПП 1	
8	2	Гнойная хирургия костей и суставов	Острый гематогенный и экзогенный (посттравматический) остеомиелиты. Хронический остеомиелит. Клиника, диагностика и лечение. Бурситы и артриты. Технология пункций и дренирования суставов. Лечение панарициев и флегмон кисти. Практическая подготовка (ПП)		4 Из них на ПП 0.5	
9	2	Сепсис. Острая анаэробная хирургическая инфекция	Эпидемиология и классификация сепсиса. Фазы развития. Клиническая оценка состояния входных ворот и хронических очагов. Микробиологическое подтверждение. Хирургическая санация входных ворот и принципы комплексной терапии. Бактериально-токсический шок. ПОН-синдром. Столбняк, формы и осложнения. Особенности плановой и экстренной профилактики. Клиника газовой гангрены принципы лечения и прогноз. Гнилостные флегмоны особенности диагностики и лечения. Практическая подготовка (ПП)		4 Из них на ПП 1	
10	2	Заболевания периферических артерий и вен нижних конечностей	Заболевание артерий, классификация, Этиопатогенез. Диагностика и лечение синдромов ХАН и ОАИ. Заболевание артерий, классификация, Этиопатогенез. Диагностика и лечение синдромов ХАН и ОАИ. Заболевание вен. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика и лечение синдромов ХВН и ОВН. Лимфопатии. Заболевание вен. Классификация. Этиопатогенез. Диагностика и лечение синдромов ХВН и ОВН. Лимфопатии. Заболевание артерий, классификация, Этиопатогенез. Диагностика и лечение синдромов ХАН и		4 Из них на ПП 1	

			ОАИ. Практическая подготовка (ПП)			
11	2	Основы онкохирургии. Основы пластической хирургии и трансплантологии	Понятие о доброкачественных и злокачественных опухолях. Международная классификация злокачественных опухолей. Принципы диагностики рака. Организация онкологической службы. Виды радикального и паллиативного лечения злокачественных опухолей. Профилактика. Пластическая хирургия. Виды органотрансплантации. Основные проблемы трансплантологии и способы их решения. Понятие об онкологии. Практическая подготовка (ПП)		4 Из них на ПП 1	
12	2	Острый аппендицит	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и их лечение. Малоинвазивная хирургия Практическая подготовка (ПП)		4 Из них на ПП 1	
13	2	Перитонит	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и их лечение. Малоинвазивная хирургия Практическая подготовка (ПП)			4 Из них на ПП 1
14	2	Острый панкреатит	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и их лечение. Малоинвазивная хирургия Практическая подготовка (ПП)			4 Из них на ПП 1
15	2	Желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Острый холецистит	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и их лечение. Малоинвазивная хирургия Практическая подготовка (ПП)			4 Из них на ПП 1
16	2	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК). Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК).	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и их лечение. Малоинвазивная хирургия Практическая подготовка (ПП)			4 Из них на ПП 1
17	2	Острая кишечная непроходимость (ОКН)	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и их лечение. Малоинвазивная хирургия Практическая подготовка (ПП)			4 Из них на ПП 1

18	2	Заболевания ободочной кишки. Заболевания прямой кишки	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и их лечение. Малоинвазивная хирургия Практическая подготовка (ПП)			4 Из них на ПП 1
19	2	Наружные грыжи живота	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и их лечение. Малоинвазивная хирургия Практическая подготовка (ПП)			4 Из них на ПП 1
20	3	Периоперационный период	Предоперационный период. Хирургическая операция. Хронология и содержание предоперационного периода. Отличия предоперационного периода в плановой и экстренной хирургии. Документация. Общая и специальная предоперационная подготовка. Оценка предоперационного риска. Послеоперационный период его этапы и содержание. Патогенез хирургической агрессии и адаптационные реакции. Уход в раннем и послеоперационная реабилитация больных в позднем п/о периоде (при нормальном его течении). Организация работы ПИТ и послеоперационных палат хирургического отделения. Осложнения послеоперационного периода. Практическая подготовка (ПП)			4 Из них на ПП 1
21	3	Амбулаторная хирургия. Курация хирургического больного	Амбулаторная хирургия. Организация хирургической помощи в поликлинике. Разделы работы амбулаторного хирурга. Диспансеризация больных. Малая хирургия. Ведение документации. Курация хирургического больного и написание учебной истории болезни. Практическая подготовка (ПП)			4 Из них на ПП 2
Итого:				**24**	**24**	**36**

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	5	Общие вопросы хирургии	Подготовка к лекции и практическим занятиям. Подготовка к текущему контролю. Подготовка презентации	18
Итого часов в семестре:				18
2	6	Основы клинической хирургии	Подготовка к лекции и практическим занятиям. Подготовка к текущему контролю. Подготовка презентации	18
Итого часов в семестре:				18

3	7	Этапы лечения хирургических больных	Подготовка к лекции и практическим занятиям. Подготовка к текущему контролю. Подготовка к промежуточной аттестации. Написание истории болезни	24
Итого часов в семестре:				24
Всего часов на самостоятельную работу:				**60**

3.7. Лабораторный практикум – не предусмотрен учебным планом

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

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

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

4.1.1. 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	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

4.1.2. 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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-

	болезни				
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

4.2. Нормативная база

ФЗ «О донорстве крови и её компонентов» от 20 июля 2012 г № 125-ФЗ

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

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) №034010001091200035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),

2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №034010001091300043_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) №034010001091200035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)

5. Договор Windows (версия 2007) №034010001091300043_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. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202,

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 дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа:	№ 1-305, 1-406 г. Киров, ул. К.Маркса,137(1 уч. корпус) № 3-819,03-803 г. Киров, ул. К.Маркса,112 (3 уч. корпус)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютеры с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран, микрофон, информационно-меловая доска.
Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа и текущего контроля	ЧУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД» г. Киров, Октябрьский пр-кт,151, 5 этаж	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), информационно-меловая доска; ноутбук Toshiba. мультимедиа проектор, экран, информационно-меловая доска, шкафы для хранения учебно-наглядных пособий, учебный фантом ,наборы демонстрационного медицинского оборудования, учебно-наглядные пособия. Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), информационно-меловая доска; ноутбук Lenovo мультимедиа проектор. информационно-меловая доска шкафы для хранения учебно-наглядных пособий. плакаты, лабораторная посуда, расходные материалы, демонстрационное мед. оборудование, лабораторная посуда и расходные материалы: набор сывороток и цоликлонов; наборы рентгенограмм (к темам практических занятий, Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), информационно-меловая доска, шкафы для хранения учебно-наглядных пособий, компьютер Max Selekt Elite
Учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	Кабинет доцента ЧУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД» г. Киров, Октябрьский пр-кт,151, 7 этаж	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютер TP Corp Optima/. Принтер, сканер, шкафы для хранения учебно-наглядных пособий

Помещения для самостоятельной работы и промежуточной аттестации	Читальный зал библиотеки г. Киров, ул. К. Маркса, 137 (1 корпус); г. Киров, ул. К.Маркса,112(3 уч. корпус) № 3-414 компьютерный класс г. Киров, ул. К.Маркса,112 (3 уч. корпус)	Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерами с выходом в интернет, что обеспечивает доступ в электронную информационно-образовательную среду ВУЗа, работу с нормативно-правовой документацией в базе «Консультант-плюс»

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

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 дисциплины. 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, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к фор-

мированию 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, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

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

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.
- учебно-ролевая игра по теме «Кровотечение. Кровопотеря. Гемостаз», «Раны. Лечение ран», «Асептика. Антисептика в хирургии».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам модуля «Общая хирургия» и включает подготовку к лекции и практическим занятиям, подготовку к текущему контролю, подготовку к промежуточной аттестации, написание истории болезни.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, оформляют истории болезни, представляют их на занятиях. Написание учебной истории болезни способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, решения типовых ситуационных задач, написания истории болезни, деловых игр, просмотра презентаций.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля и устного собеседования.

5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечиваю-

щей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

– размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;

– сопровождения электронного обучения;

– организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;

– организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;

– организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);

– контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени)

или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

– разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;

– советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;

– анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;

– разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

№ п/п	*Виды занятий/работ*	*Виды учебной работы обучающихся*	
		Контактная работа (on-line и off-line)	*Самостоятельная работа*
1	Лекции	- веб-лекции (вебинары) - видеолекции - лекции-презентации	- работа с архивами проведенных занятий - работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2	Практические, семинарские занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате - видеодоклады - семинары-форумы - веб-тренинги - видеозащита работ	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю - выполнение тематических рефератов (и (или) эссе)
3	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образователь-

			ного сайта
4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы,	- видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - выполнение контрольных / проверочных / самостоятельных

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

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 экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

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.

Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

8.1. Выбор методов обучения

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации обучающихся-инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Категории обучающихся	***Формы***
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей но-

зологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся - инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

Категории обучающихся	***Виды оценочных средств***	***Формы контроля и оценки результатов обучения***
С нарушением слуха	Тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	Собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С ограничением двигательных функций	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;
- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;
- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;
- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ невизуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;
- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);
- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;

- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины

«Общая хирургия, хирургические болезни»

Специальность 31.05.03 Стоматология (ФГОС 3++)

Направленность (профиль) Стоматология

Форма обучения очная

Кафедра общей хирургии

Автор (ы) Шевченко А.А., Битеев В.Х.

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт **4.1 «Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)»** изменить и читать в следующей редакции:

4.1.1. 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	Петров С.В.	М.: ГЭОТАР - Медиа, 2022 г.	200	-
2.	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГЭОТАР - Медиа, 2023 г.	-	ЭБС «Консультант студента» https:/www.studentlibrary.ru/ book/ISBN9785970479179.html
3.	Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГЭОТАР - Медиа, 2026г.	-	ЭБС «Консультант студента» https:/www.studentlibrary.ru/ book/ISBN9785970496213.html
4.	General surgery	Gostishev V.K.	M.: GEOTAR-Media, 2020г.	-	ЭБС «Консультант студента» https:/www.studentlibrary.ru/ book/ISBN9785970454398.html
5	General surgery	Gostishev V.K.	M.: GEOTAR-Media, 2021г.	64	-
6	General surgery	Gostishev V.K.	M.: GEOTAR-Media, 2025г.	-	ЭБС «Консультант студента» https:/www.studentlibrary.ru/ book/ISBN9785970486870.html

4.1.2. 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.	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	«МИАЦ», 2006	3	-
2.	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	«МИАЦ», 2008	4	-
3.	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007 г		ЭБС «Консультант студента» https:/www.studentlibrary.ru/ book/ISBN9785970406175.html
4.	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008 г	96	-

5.	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015г.	73	ЭБС Кировского ГМУ http://elib.kirovgma.ru/content/ osnovy-gemotransfuziologii
6.	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016г.	93	ЭБС Кировского ГМУ http://elib.kirovgma.ru/content/ drenirovanie-v-hirurgii
7.	Основы травматологии	Зубков И.В., Шевченко А.А., Битеев В.Х., Фетисов В.А.	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2022г.	60	-

2. В пункте **4.4. «Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем»:** п. 7. изменить и читать в следующей редакции:

7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 11.08.2025 до 09.09.2026 г., номер лицензии 2B1E-250808-154818-2-497-4841

3. Пункт **«4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)» изменить и читать в следующей редакции:**
В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа:	№№ 1-305, 1-406 г. Киров, ул. Владимирская, 137 (1 уч. корпус) № № 3-819, 3-803 г. Киров, ул. Владимирская, 112 (3 уч. корпус)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютеры с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран, микрофон, информационно-меловая доска
Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа:	№ 1, 2, 3, 4 ЧУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД» г. Киров, Октябрьский пр., 151, 6 этаж	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), информационно-меловые доски; ноутбуки Toshiba, Lenovo, Max Selekt Elit, мультимедиа проекторы (2шт.), экраны, компьютер TP Corp Optima, принтер, сканер, шкафы для хранения учебно-наглядных пособий, учебный фантом, наборы демонстрационного медицинского оборудования, учебно-наглядные пособия, стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические, плакаты, лабораторная посуда, расходные материалы, набор сывороток и цоликлонов, наборы рентгенограмм к темам практических занятий
Учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	№№ 1, 2, 3, 4 ЧУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД» г. Киров, Октябрьский пр., 151, 6 этаж	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), информационно-меловые доски; ноутбуки Toshiba, Lenovo, Max Selekt Elit, мультимедиа проекторы (2шт.), экраны, компьютер TP Corp Optima, принтер, сканер, шкафы для хранения учебно-наглядных пособий, учебный фантом, наборы демонстрационного медицинского оборудования, учебно-наглядные пособия, стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические, плакаты, лабораторная посуда, расходные материалы, набор сывороток и цоликлонов, наборы рентгенограмм к темам практических занятий
Учебные аудитории	№№ 1, 2, 3, 4 ЧУЗ Отделенческая	Специализированная учебная мебель (стол и стул

для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	клиническая больница на ст. Киров ОАО «РЖД» г. Киров, Октябрьский пр., 151, 6 этаж	преподавателя, столы и стулья ученические), информационно-меловые доски; ноутбуки Toshiba, Lenovo, Max Selekt Elit, мультимедиа проекторы (2шт.), экраны, компьютер TP Corp Optima, принтер, сканер, шкафы для хранения учебно-наглядных пособий, учебный фантом, наборы демонстрационного медицинского оборудования, учебно-наглядные пособия, стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические, плакаты, лабораторная посуда, расходные материалы, набор сывороток и цоликлонов, наборы рентгенограмм к темам практических занятий
Помещения для самостоятельной работы:	Читальный зал библиотеки г. Киров, ул. Владимирская, 137 (1 корпус), учебные комнаты ИВЦ в 1 уч. корпусах №№ 307, 404, 408	Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерами с выходом в интернет, что обеспечивает доступ в электронную информационно-образовательную среду ВУЗа, работу с нормативно-правовой документацией в базе «Консультант-плюс»
Помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования:	Лаборантская Отделенческая клиническая больница на ст. Киров, ОАО «РЖД», г. Киров, Октябрьский пр., 151, 6 этаж	Специализированная мебель: сейф, шкафы для хранения учебно-наглядных пособий и документации, нормативно-правовых документов, номенклатура дел, холодильник для хранения набора сывороток и цоликлонов, тонометры

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

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры «2» сентября 2025 г.
Протокол № 2
Заведующий кафедрой В.Х. Битеев

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
И.о. проректора по учебной работе М.П. Разин
18 сентября 2025 г., протокол № 1

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины
«Общая хирургия, хирургические болезни»

Специальность 31.05.03 Стоматология

Направленность (профиль) Стоматология

Форма обучения очная

Кафедра общей хирургии

Автор (ы) Шевченко А.А., Битеев В.Х.

С 2025 / 2026 учебного года в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт 3.4 «Тематический план лекций» дополнить и читать в следующей редакции:

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)		
				5 сем	6 сем	7 сем
1	2	3	4	5	6	7
1	1	Введение в хирургию. Асептика и антисептика в хирургии	Введение в специальность. Хирургия как клиническая дисциплина. Организация хирургической помощи в РФ. Асептика и антисептика в хирургии Профилактика бактериальной и вирусной контаминации ран. Способы современной комплексной антисептики в борьбе с раневой инфекцией.	2		
2	1	Основы обезболивания в хирургии	Основы обезболивания в хирургии. Учение о боли. История научного обезболивания. Местная и регионарная анестезия. Общая анестезия, принципы и способы достижения. Аппаратура и анестетики. Этапы и контроль адекватности	2		
3	1	Кровотечение и гемостаз	Кровотечения и гемостаз. Классификация кровотечений. Клиническая и патофизиологическая характеристика кровопотерь. Геморрагический шок. Спонтанный гемостаз. Способы предварительной и окончательной остановки кровотечений.	2		
4	2	Раны и раневой процесс. Лечение ран	Раны и раневой процесс. История учения о ранах. Классификация. Клиническая характеристика ран. Раневой процесс: норма и патология. Принципы лечения ран в различные фазы раневого процесса	2		
5	2	Основы травматологии	Механическая травма. Клиническая классификация травмы. Изолированная травма мягких тканей, костей, суставов. ПМП и этапы лечения повреждений. Основы комбустиологии. Термические ожоги: классификация, оценка, прогноз. Ожоговая болезнь Принципы общего и местного лечения. Отморожение, замерзание; электротравма; химические ожоги. Клиника, диагностика, общее и местное лечение.	2		
6	2	Гнойные заболевания покровов	Общие вопросы хирургической инфекции. Структура хирургической патологии и место инфекции в ней. Классификация хирургической инфекции. Характеристика возбудителей. Патогенез очаговой инфекции, механизмы резистентности. Стадии процесса нагноения, их диагностика и лечение. **Современные возможности использования искусственного интеллекта при изучении вопросов хирургической инфекции**	2		
7	2	Острая анаэробная хирургическая инфекция	Анаэробная хирургическая инфекция. Этиопатогенез газовой гангрены. Клиника, диагностика и лечение. Карантинные мероприятия. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Этиопатогенез и патоморфоз. Клиника, диагностика и лечение. Столбняк. Патогенез и формы. Специфичность клиники. Принципы профилактики и лечения.		2	
8	2	Сепсис	Общая гнойная хирургическая инфекция.		2	

			Классификация сепсиса. Патогенез, стадии развития. Клиника и диагностика в различные фазы. Осложнения и танатогенез. Хирургическая санация входных ворот и принципы комплексной терапии.			
9	3	Обследование хирургического больного. Периоперационный период	Обследование хирургического больного. Особенности хирургической патологии и алгоритмы диагностики в плановых и неотложных условиях. Пропедевтика местного статуса. Уточняющие исследования. Диагностика в критических состояниях. Этапность оказания медицинской помощи в ургентной хирургии.		2	
10.	2	Острый аппендицит	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.		2	
11.	2	Основы герниологии	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация грыж. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.		2	
12.	2	Желчекаменная болезнь и её осложнения	Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.		2	
13.	2	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
14.	2	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	Эпидемиология. Классификация форм. Этиопатогенез, клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.			2
15	2	Заболевания толстой и прямой кишок	Эпидемиология. Классификация форм. Этиопатогенез, клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.			2
16	2	Острая кишечная непроходимость	Эпидемиология. Классификация форм. Этиопатогенез, клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.			2
17	2	Острый панкреатит	Эпидемиология. Классификация форм Этиопатогенез, клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.			2
18	2	Перитонит	Классификация перитонита. Этиология и источники инфицирования. Патогенез. Клинические проявления. Лечение			2
Итого				**12**	**12**	**12**

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«17» февраля 2026 г., протокол № 9
Зав. кафедрой В.Х. Битеев

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

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

Кафедра общей хирургии

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)
«Общая хирургия, хирургические болезни»

Специальность 31.05.03 Стоматология
Направленность (профиль) ОПОП - Стоматология
(очная форма обучения)

Раздел 1. Общие вопросы хирургии
Тема 1.1: Асептика. Антисептика в хирургии
Цель: получить представление о комплексе мероприятий по профилактике воздушного, контактного, имплантационного и трансплантационного путей заражения ВБИ хирургических ран, больных и персонала ЛПУ; способствовать формированию у студентов умений и навыков подавления инфекции в хирургической ране и организме в целом.

Задачи:

изучить по учебному руководству, лекционному материалу и дополнительным источникам информации источники бактериальной и вирусной ВБИ, пути передачи инфекции и способы их пресечения в хирургических отделениях и ОРИТ;

рассмотреть спектр патогенных микроорганизмов, вызывающих нагноение операционных ран (ВБИ), случайных загрязненных ран, и ран, образующихся после вскрытия первичных гнойных процессов;

подчеркнуть сложность борьбы с инфекцией в гнойной ране, не нанося повреждения живым клеткам и тканям, что определяет приоритет асептики в хирургии, подчеркнутый в «золотом» правиле Э.Бергмана: «Инфекцию легче предотвратить, чем с нею бороться!»;

изучить в историческом аспекте эволюцию методов подавления инфекции в ране с использованием механических, физических, химических и биологических воздействий в условиях перевязочной и операционной;

ознакомить студентов с успехами общей антибактериальной терапии - важнейшего достижения современной фармакологии.

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

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

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

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Перечислите краеугольные камни, на которых держится хирургический метод лечения больных?
2) Кто из выдающихся хирургов является основоположником и пропагандистами внедрения асептики в хирургию?
3) Укажите два «золотых» правила асептики, сформулированные им.
4) Источники ВБИ ран в хирургическом отделении и как с ними бороться и возможно ли это?
5) Сходство и различия пылевого и капельного загрязнения воздуха как транзита для переноса микрофлоры в раны и организм больного.
6) Охарактеризуйте средства индивидуальной защиты от распространения ВБИ через воздух.
7) Определите значение патогенных микроорганизмов в развитии болезней человека;
8) Укажите источники инфекции операционных и случайных ран и признаки их заражения и воспаления.
9) Отметьте исторические вехи в развитии и становления антисептики в хирургии.
10) Укажите составляющие смешанной антисептики в лечении инфицированных и гнойных ран и полостей.
11) Приведите классификацию патологических коллекций (скоплений) в ранах и полостях, требующих одномоментного опорожнения и продолжительного осушения (дренирования)
12) Чем и какими путями оказывается воздействие на общий инфекционный процесс в организме больного.

2. Практическая подготовка

1) Необходимо ознакомиться и запомнить:

а) организацию хирургического отделения и требования СанПиН 2010 в отношении санитарного содержания его структурных подразделений: больничных палат, манипуляционных, процедурных кабинетов – текущей уборке и дезинфекции воздуха

б) ознакомиться с устройством и правилами поддержания санитарного режима особой строгости в операционном блоке, перевязочных кабинетах и ОРИТ, этапной уборкой и дезинфекции воздуха.

в) усвоить правила ношения профессиональной одежды хирургических бригад и правила поведения персонала режимных подразделений с целью профилактики воздушно-капельного и воздушно-пылевого загрязнения операционных ран и защиты от внутрибольничного заражения ассоциированной с кровью вирусной инфекций.

2) Цель работы – усвоение соблюдения медицинским персоналом требований СанПиН в отношении пресечения путей распространения хирургической инфекции воздушным путем как обязательной составляющей работы постовых и специализированных медицинских сестер режимных подразделений.

3) Методика проведения работы строится согласно алгоритму:

- Определение манипуляции.
- Показания.
- Противопоказания.
- Оснащение.
- Техника выполнения.

– Возможные ошибки и осложнения (помощь при осложнениях).

Задания для освоения:

- Порядок размещения и транспортировки больных в хирургическом отделении, посещения столовой, манипуляционной и процедурного кабинетов, проведение уборки и дезинфекции воздуха.
- Режим посещения больными перевязочных и процедурных кабинетов, проведение этапной уборки и дезинфекции воздуха в них.
- Режим нахождения больных и медицинского персонала в операционных, проведение многократной уборки, включая генеральную уборку, и постоянной дезинфекции воздуха.
- Профессиональная защитная одежда и обувь персонала оперблока и ОРИТ, облачение и смена..

4) Результаты могут быть представлены в виде записей в тетрадях или фотокопий базовых документов СанПиН.

5) Выводы: Правила организационной асептики и требования СанПиН, препятствующие распространению хирургической инфекции воздушным путем должны неукоснительно соблюдаться всем медицинским персоналом хирургических отделений и ОРИТ.

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 задач с разбором по алгоритму

- При подготовке больного к плановой операции палатная медсестра побрила операционное поле у больного накануне вечером.

Какую ошибку она допустила?

Как её исправить?

Бритьё операционного поля у плановых больных осуществляется в день операции, так как во время бритья операционного поля возможно повреждение кожных покровов, которое м.б. причиной инфекционных осложнений после операции.

Для исправления ошибки, сделанной медсестрой, необходимо операционное поле после бритья обработать кожным антисептиком и прикрыть стерильной асептической повязкой.

- В сельскую участковую больницу доставлен 52- летний рабочий с ушиблено-рубленой раной правой теменной области, которую пострадавший сам прикрывает сложенным носовым платком.

Какой объём первой медицинской помощи должен быть оказан больному?

Необходимо широко сбрить волосы вокруг раны.

Обработать кожным антисептиком кожу вокруг раны .

Рану промыть перекисью водорода, осушить.

Наложить асептическую повязку.

Организовать доставку больного в хирургический стационар.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

-В операционной длительное время шла операция, при которой была вскрыта гнойная полость. Как подготовить операционную к дальнейшей работе?

-В приёмный покой доставлен мужчина 33 лет с резаной раной внутренней поверхности правого предплечья. Со слов пострадавшего, рану 1,5 часа назад на улице нанёс ножом неизвестный.

Каков порядок оказания помощи пострадавшему с резаной раной предплечья ?

Какие виды антисептики при этом используются?

4. Задания для групповой работы.

- Ролевая игра «Облачение в операционную одежду» с участием врача-хирурга, операционной сестры, операционной санитарки

а) начало операционного дня из 4-х плановых операций

б) подготовить операционную для выполнения операций в асептических условиях

в) - санитарка, надев в материальной комнате чистый костюм, халат, фартук, защитную маску и перчатки, проводит предварительную влажную уборку операционной мебели и пола, включает защищенные источники вентиляции и УФО воздуха. Размещает под руководством операционной сестры необходимое оборудование и расходные материалы, биксы, медикаменты и антисептики, подает операционной сестре необходимые стерильные или дезинфицированные предметы, используя корнцанги;

- операционная сестра одевает в материальной комнате операционный костюм, бахилы (сабо) и защитные очки, в предоперационной комнате – шапочку и маску, после чего обрабатывает (моет) руки и переходит в операционную; в операционной она принимает от санитарки или достает из бикса (упаковки) стерильный операционный халат и облачается в него с помощью санитарки, соблюдая правила сохранения стерильности одежды. Надев стерильные резиновые перчатки на руки поверх рукавов халата, сестра выполняет укладку необходимых инструментов и расходных материалов на операционный столик, поддерживая их стерильность. Затем помогает одеться для выполнения операции врачу хирургу и ассистентам.

- врач хирург и его ассистенты выполняет ту же последовательность действий по дезинфекции рук, по облачению в операционные халаты и перчатки, помогают ему сестра и санитарка, соблюдая правила подачи с сохранением стерильности одежды и рук операционной бригады.

- Ролевая игра «Первичная хирургическая обработка случайной раны. «Перевязка гнойной раны» с участием врача-хирурга, операционной сестры, операционной санитарки

а) начало операционного дня из 4-х плановых операций

б) подготовить операционную для выполнения операций в асептических условиях

в)- санитарка, надев в материальной комнате чистый костюм, халат, фартук, защитную маску и перчатки, проводит предварительную влажную уборку операционной мебели и пола, включает защищенные источники вентиляции и УФО воздуха. Размещает под руководством операционной сестры необходимое оборудование и расходные материалы, биксы, медикаменты и антисептики, подает операционной сестре необходимые стерильные или дезинфицированные предметы, используя корнцанги;

- операционная сестра одевает в материальной комнате операционный костюм, бахилы (сабо) и защитные очки, в предоперационной комнате – шапочку и маску, после чего обрабатывает (моет) руки и переходит в операционную; в операционной она принимает от санитарки или достает из бикса (упаковки) стерильный операционный халат и облачается в него с помощью санитарки, соблюдая правила сохранения стерильности одежды. Надев стерильные резиновые перчатки на руки поверх рукавов халата, сестра выполняет укладку необходимых инструментов и расходных материалов на операционный столик, поддерживая их стерильность. Затем помогает одеться для выполнения операции врачу хирургу и ассистентам.

- врач хирург и его ассистенты выполняет ту же последовательность действий по дезинфекции рук, по облачению в операционные халаты и перчатки, помогают ему сестра и санитарка, соблюдая правила подачи с сохранением стерильности одежды и рук операционной бригады.

-после подготовки операционной бригады и обработки операционного поля (раны), проводится обезболивание раны и первичная хирургическая обработка её с наложением первичного глухого шва. Операция завершается наложением асептической повязки.

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:

- Госпитальная инфекция как мировая проблема в клинической медицине и микробиологии

- История развития и становления современной асептики, шагнувшей из мира бактериальных патогенных микроорганизмов в мир вирусных.

- Механизмы пылевого и капельного перемещения микрофлоры в рану с воздухом и пути их пресечения устройством и организацией работы структурных подразделений хирургических отделений, правил поведения персонала, соблюдения уставных требований СанПиН, инструкций и приказов МЗ РФ №№ 215, 408.

- Значение личной гигиены персонала, норм использования профессиональной одежды и обуви, средств индивидуальной защиты от распространения инфекции согласно требованиям СанПин -2010 г.

Инфекция ран как основной фактор замедления хода раневого процесса.

-Уничтожение живого на живом, не повреждая последнее – основная проблема антисептики, решающей задачу дезинфекции раны, но не стерилизации!

-Исторические вехи в развитии и становлении раневой и общей антисептики в хирургии.

-Современная смешанная антисептика в лечении ран, её составляющие и перспективы развития, открывающиеся благодаря успехам химии и биофизики.

- Значение ПХО случайных ран как основного способа их механической стерилизации.

- ВХО как способ дезинфекции нагноившихся ран после неудачной ПХО и санации с помощью смешанной антисептики первичных гнойных ран, образующихся после вскрытия гнойных очагов.

-Укажите многообразие способов дренирования в гнойной хирургии.

- Рациональная антибактериальная профилактика инфекции операционных ран и антибактериальная терапия при развитии распространенной или общей инфекции в организме больного. Успехи фармакологии и иммунологии в этом направлении

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Выберите наиболее точное определение понятия «Асептика»:

а) система мероприятий по борьбе с эндогенной инфекцией;

б)система мероприятий по созданию безбактериальной среды в операционной, перевязочной;

в) система мероприятий по борьбе с инфекцией в ране;

г)система мероприятий, уменьшающих риск попадания инфекции в рану;

д)направленное использование антисептических средств.

2. К экзогенным источникам контаминации операционных ран относятся:

1) бактериально контаминированный экссудат брюшной полости;
2) бактерионосительство среди медицинского персонала;
3) не санированные очаги хронической инфекции у больного;
4) микробная загрязнённость рук хирургов и инструментария;
5) микробная загрязнённость воздуха операционных залов, палат и перевязочных.

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

3. Пути эндогенной контаминации ран:

1) через не стерильный хирургический инструментарий;
2) проникновение непосредственно из полого органа;
3) через руки медицинского персонала;
4) через бактериально контаминированный экссудат брюшной полости;
5) с током лимфы или крови из гнойно-воспалительного очага.

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

4. Определите следующие понятия:

а) антисептика;	1) комплекс мероприятий по уничтожению патогенной микрофлоры в окружающей среде;
б) асептика;	2) способы полного уничтожения микрофлоры на предметах медицинского назначения;
в) дезинфекция;	3) выявление источников и пресечение путей распространения инфекции в больницах;
г) борьба с госпитализмом;	4) комплекс мероприятий по уничтожению инфекции в ране;

д) стерилизация;	5) комплекс мероприятий по недопущению бактериального загрязнения ран.

5. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена:
   а) золотистым стафилококком;
   б) грамотрицательными энтеробактериями;
   в) анаэробами;
   г) ассоциацией микроорганизмов;
   д) ничем из перечисленного.

6. Что из перечисленного относится к методам профилактики контактного пути распространения микрофлоры?
   1) стерилизация белья;
   2) стерилизация инструментов;
   3) стерилизация шовного материала;
   4) обработка рук хирурга;
   5) обработка операционного поля.

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

7. Организационные мероприятия асептики включают:
   1) использование одноразового белья, шовного материала, инструментария;
   2) дезинфекцию рук персонала перед каждым контактом с больным и после него;
   3) выявление 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.

8. Что из перечисленного не относится к профилактике воздушной инфекции:
   а) УФ облучение воздуха;
   б) обработка операционного поля;
   в) проветривание;
   г) приточно-вытяжная вентиляция зала;
   д) ношение лицевой маски.

9. Определите зоны операционного блока по режиму содержания:

а) 1 зона общая;	1) помещения для хранения крови, наркозной и рентген аппаратуры, протокольная;
б) 2 зона ограничений;	2) кабинет заведующего и сестринская, бельевая, кабинет старшей операционной медсестры;
в) 3 зона условной стерильности;	3) операционная и стерилизационная;
г) 4 зона стерильная;	4) предоперационная, наркозная.

10. Профилактике эндогенной инфекции при подготовке больного к операции служит всё, кроме:
   а) очищения ЖКТ;
   б) санации полости рта;
   в) лечения хронического тонзиллита;
   г) гигиенической ванны со сменой белья;

д) лечебной бронхоскопии.

11. Укажите режимы стерилизации изделий медицинского назначения в паровом стерилизаторе согласно ОСТ – 85г.:

1) 2 атм. – 132^0 – 20 мин.;
2) 2 атм. – 132^0 – 45 мин.;
3) 1,1 атм. – 120^0 – 45 мин.;
4) 1,1 атм. – 120^0 – 60 мин.;
5) 1,0 атм. – 100^0 – 60 мин.

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

12. Укажите минимальную температуру, вызывающую гибель спороносных бактерий:

а) 60^0 С;
б) 80^0 С;
в) 100^0 С;
г) 120^0 С;
д) 140^0 С.

13. К физическим методам достижения асептичности относятся:

1) термическая стерилизация;
2) лучевая стерилизация;
3) дренирование ран;
4) ультразвуковая стерилизация;
5) ультрафиолетовое облучение ран;

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

14. К предоперационным мероприятиям, уменьшающим риск инфицирования операционной раны, относится все, кроме: а) гигиеническая ванна;
б) антибиотикотерапия;
в) сбривание волос;
г) очищение желудочно-кишечного тракта;
д) санация местных очагов инфекции.

15. Источником эндогенной инфекции ран может служить всё, кроме:

а) хронического тонзиллита;
б) наличия кариозных зубов;
в) гнойничковых заболеваний кожи;
г) хронического остеомиелита;
д) облитерирующего тромбангиита.

16. Определите предназначение этапов предстерилизационной очистки инструментов и шприцов согласно ОСТ – 85г.:

а) замочка в 3% хлорамине;	1) удаление жира, крови, тканевого детрита;
б) мытьё проточной водой;	2) удаление дезинфектанта и элементов крови;
в) замочка и мытьё в 0,5% растворе СМС с пергидролем;	3) удаление детергента и органических остатков;
г) споласкивание дистиллированной водой;	4) обезвоживание перед суховоздушной стерилизацией;
д) высушивание в сухожаровом шкафу;	5) уничтожение патогенных бактерий и вирусов, трансмиссируемых кровью.

17. Для дезинфекции загрязненных резиновых перчаток применяют:

а) 3% раствор хлорамина;

б) 2% спиртовый раствор йода;
в) 70% спирт этиловый;
г) 0,5% нашатырный спирт;
д) раствор сулемы.

18. Что делают в первую очередь при извлечении биксов Шиммельбуша со стерильным материалом из парового стерилизатора?
а) контролируют стерильность;
б) ставят для охлаждения на полку;
в) маркируют датой стерилизации;
г) закрывают шторки боковых отверстий;
д) протирают биксы насухо.

19. 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.

20. Что способствует распространению нозокомиальной инфекции?
а) нарушение правил асептики в режимных отделениях больниц;
б) появление в отделении клопов и тараканов;
в) несоблюдение больными личной гигиены;
г) педикулёз среди больных;
д) появление в отделении больных чесоткой.

21. Координируйте способы обработки рук хирурга:

а) по Спасокукоцкому-Кочергину;	1) мыльное мытьё щётками по 5 мин. 2 раза, высушивание, 3^x минутная обработка 70% спиртом, 3 мин. сулемой;
б) по Альфельду;	2) 3^x минутное мытьё в 2^x тазах 0,5% раствором нашатыря, 5 мин. дубления 96% спиртом, смазывание 5% раствором йода;
в) по Фюрбрингеру;	3) 10 мин. мыльного мытья щёткой, высушивание, 5 мин. дубления 96% спиртом;
г) экспресс-методы;	4) мыльное мытьё без щётки с последующей обработкой первомуром, спиртовым хлоргекседином, дегмицидом.

22. Парами формалина в камерах следует стерилизовать:
а) режущие инструменты;
б) резиновые перчатки;
в) инструменты с оптическими системами;
г) марлевые салфетки;
д) многоразовые шприцы.

23. При каком способе обработки рук хирурга достигается более продолжительная дезинфекция?
а) Спасокукоцкого-Кочергина;
б) Альфельда;
в) Фюрбрингера;
г) Заблудовского;

д) хлоргекседином биглюконатом.

24. Обработка рук хирурга первомуром продолжается не менее:
а) 1 мин.;
б) 2 мин.;
в) 3 мин.;
г) 4 мин.;
д) 5 мин..

25. Обработка рук хирурга раствором хлоргекседина биглюконата продолжается не менее:
а) 1 мин.;
б) 2 мин.;
в) 3 мин.;
г) 5 мин.;
д) 10 мин.

26. Какое основное свойство нашатырного спирта используют при обработке рук по Спасокукоцкому-Кочергину?
а) антисептическое действие;
б) свойство омылять жиры;
в) дубящее действие;
г) способность расширять поры кожи;
д) способность образовывать пенящийся раствор.

27. Какое минимальное количество раз обрабатывается операционное поле антисептиками-дезинфектантами по Гроссиху-Филончикову?
а) 1 раз;
б) 2 раза;
в) 3-х кратно;
г) 4 раза;
д) 5 раз.

28. Каким способом обработки рук перед операцией можно достичь полной их стерильности?
а) спиртовым раствором хлоргекседин;
б) по Спасокукоцкому-Кочергину;
в) бетадином;
г) первомуром;
д) ни одним из перечисленных.

29. Материал в стерилизационной коробке (биксе Шиммельбуша) сохраняет стерильность, если бикс не открывался:
а) 3 дня;
б) 20 дней;
в) 1 день;
г) 7 дней;
д) месяц.

30. Назовите пути распространения хирургической инфекции ран:
а) экзогенный и эндогенный;
б) кишечный и бронхогенный;
в) энтеральный и парентеральный;
г) воздушный, контактный и имплантационный;
д) подкожный и кожный.

31. Укажите способы стерилизации изделий медицинского назначения из пластмасс, предназначенных для одноразового использования, в заводских условиях:

1) термическая обработка;
2) гамма-облучение;
3) химическими дезинфектантами;
4) газовая окисью этилена;
5) УФО.

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

32. Выберите оптимальный способ стерилизации режущих инструментов и хирургических игл:

а) кипячение в дистиллированной воде;
б) замачивание в спиртовом растворе хлоргексидина;
в) суховоздушное прогревание;
г) обжигание пламенем;
д) прогревание перегретым паром.

33. К шовному материалу в хирургии предъявляют все требования, кроме:

а) гладкой поверхности нити (отсутствия эффекта «пилы»);
б) хорошей манипуляционной прочности;
в) стерильности;
г) гигроскопичности;
д) биологической инертности.

34. Когда следует производить бритьё кожи перед плановой операцией?

а) за двое суток перед операцией;
б) за сутки до операции;
в) вечером накануне операции;
г) утром в день операции;
д) на операционном столе.

35. Антисептиком выбора для химической стерилизации изделий из пластмасс является:

а) этиловый спирт;
б) глютаровый альдегид;
в) пергидроль;
г) формальдегид;
д) двухлористая ртуть.

36. Стерильные инструменты для перевязок хранятся в:

а) в сухом виде на лотках и столе под стерильной простыней;
б) в 70% этиловом спирте;
в) в 1% растворе хлорамина;
г) в 3% растворе хлорамина;
д) в 3% перекиси водорода.

37. Укажите последовательность (а – б – в – г – д) профессионального облачения хирурга для выполнения операции:

1) одевание стерильного халата;
2) одевание операционного костюма и бахил;
3) обработка рук хирурга;
4) одевание резиновых перчаток;
5) одевание стерильной шапочки и маски.

38. Раствор какого антисептика используют для хранения корнцангов?
а) сулемы;
б) этилового спирта;
в) йода;
г) хлорамина;
д) хлоргексидина.

39. Текущая уборка больничных помещений, загрязненных кровью, проводится:
а) 1% раствором хлорамина;
б) 3% раствором хлорамина;
в) 5% раствором хлорамина;
г) 6% раствором перекиси водорода;
д) 3% раствором хлоргексидина.

40. При выполнении венепункции кровь больного попала на кожу рук. Выберите оптимальный способ профилактики заражения ассоциированной с кровью вирусной инфекцией:
1) удалить кровь сухой салфеткой;
2) вымыть руки проточной водой с мылом;
3) вытереть руки и одеть перчатки;
4) обработать руку в течение 2-х минут 70 % этиловым спиртом;
5) обработать руки 3% раствором хлорамина.
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 2, 4; в) 1, 3, 5; г) 3 и 5; д) 1, 3.
Эталон ответов: 1. –г; 2. –г; 3. –г; 4. а-4, б-5, в-1, г-3, д-2; 5. –г; 6. –д; 7. –б; 8. –б; 9. а-2, б-1, в-4, г-3; 10. –г; 11. –б; 12. –г; 13. –г; 14. –б; 15. –д; 16. а-5, б-2, в-1, г-3, д-4; 17. –а; 18. –г; 19. –д; 20. –а; 21. а-2, б-1, в-3, г-4; 22. –в; 23 –д; 24 –а; 25 –в; 26 –б; 27. –г; 28. –д; 29. –а; 30. –г; 31. –в; 32. –в; 33 –г; 34. –г; 35. –б; 36. –а; 37. а-2, б-5, в-3, г-1, д-4; 38. –д; 39. –б; 40. –б.

4) Подготовить презентации по темам:
«ВБИ – проблема современной госпитальной медицины»
«Современные методы санации гнойных ран и полостей»
«Рациональная антибактериальная терапия»

Рекомендуемая литература:
Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.2: Кровотечение. Гемостаз

Цель: ознакомить студентов с наружными и внутренними кровотечениями, синдромом острой кровопотери и способами гемостаза.

Задачи:

- изучить разнообразие наружных и внутренних источников кровотечений;
- изучить различия кровотечений из различных анатомических источников;
- оценить синдром патологических выделений при внутренних кровотечениях из различных органов;
- изучить синдром острой кровопотери и степени её тяжести как критическое состояние;
- запомнить способы временной и окончательной остановки наружных кровотечений;
- изучить способы консервативного и эндоскопического гемостаза при внутренних кровотечениях;
- рассмотреть приемы оперативного гемостаза при внутренних кровотечениях.

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.

Особенности ведения больных, находящихся в критических состояниях, принципы оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

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.

Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом. Оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим при ранениях, при кровотечениях, травмах, механической асфиксии, клинической смерти

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.

Основными врачебными, диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Объясните значение крови и кровообращения и драматизм ситуации острой кровопотери;
- Как развертывается спонтанный гемостаз (образование сгустка в дефекте стенки сосуда) и что приводит к невозможности его?
- Приведите классификацию кровотечений по различным критериям;
- Расскажите об алгоритме компенсации кровопотерь различной степени тяжести;
- Перечислите способы временной и постоянной остановки наружных раневых кровотечений.

2. Практическая подготовка

Студенты самостоятельно знакомятся с дополнительными информационными материалами, ситуационными задачами по диагностике и остановке наружных раневых кровотечений и внутренних из полых органов с применением средств консервативного гемостаза согласно предложенным алгоритмам действий. Под руководством преподавателя проводится деловая игра по остановке кровотечений при оказании первой помощи, скорой медицинской помощи и врачебной помощи в хирургическом отделении с использованием фантомов и муляжей, гемостатиков общего и местного действия, расходных материалов и гемокорректоров. Проводятся наблюдения за хирургическим гемостазом в операционной, при наличии возможностей демонстрируются больные с внутренними кровотечениями и постгеморрагической анемией, знакомятся с коррекцией кровопотери в операционной и ОРИТ

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

Юноша, 17 лет, во время поездки в автобусе протянул в окно правую руку. На встречу шла грузовая машина, бортом которой была задета рука. Произошла травматическая ампутация правой верхней конечности на уровне средней трети плеча (конечность висит на лоскуте кожи). Из поврежденных артерий фонтанирует алая кровь. Как остановить кровотечение?

1. Следует срочно произвести пальцевое прижатие кровоточащего сосуда в ране
2. Наложить стандартный жгут (Эсмарха) или импровизированный кровеостанавливающий жгут (жгут – закрутку).
3. Рану прикрыть стерильной повязкой
4. Ввести обезболивающее
5. Иммобилизировать конечность
6. Срочно доставить пострадавшего в отделение хируругического профиля.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

У 70-летней больной, страдающей варикозным расширением вен обеих нижних конечностей, внезапно открылось кровотечение из разорвавшегося узла по внутренней поверхности нижней третьи правой голени. Из раны довольно интенсивно вялой струей изливается темная кровь.

Какова первая помощь должна быть оказана больной?

4. Задания для групповой работы

Ролевая игра «Остановка артериального кровотечения на различных этапах помощи пострадавшему». Участники игры: пострадавший подросток, родители, врач скорой помощи, общий хирург, сосудистый хирург.

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.

- В чем практическое значение классификации кровотечений?
- Почему острая кровопотеря является сверхургентной ситуацией в медицинской практике?
- В чем ценность умения анализировать синдром патологических выделений при внутренних кровотечениях?
- Какими приемами реализуется предварительный и окончательный раневой гемостаз?
- Значение неотложной эндоскопии при внутренних кровотечениях.
- Значение и гемостатических препаратов местного и общего действия в остановке кровотечений.
- Как и какими средствами выполняется компенсация острой кровопотери для поддержания жизни больного?
- Каковы хирургические способы остановки внутренних кровотечений?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Укажите ОЦК взрослого человека в норме:

а) 3 л;
б) 4 л;
в) 5 л;

г) 6 л;
д) 7 л.

2. К показателям первичного гемостаза относятся:

1) протромбиновый индекс;
2) продолжительность жизни тромбоцитов;
3) количество тромбоцитов;
4) время кровотечения по Дьюке;
5) ретракция кровяного сгустка.

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

3. Соотнесите степень тяжести острой кровопотери и дефицит ОЦК:

а) незначительная;	1) до 20% ОЦК;
б) умеренная;	2) до 40% ОЦК;
в) большая;	3) до 30% ОЦК;
г) массивная;	4) до 10% ОЦК;
д) смертельная;	5) более 40% ОЦК одномоментно.

4. К показателям вторичного гемостаза относятся:

1) протромбиновый индекс;
2) время свертывания крови;
3) ретракция кровяного сгустка;
4) время кровотечения по Дьюке;
5) содержание фибриногена.

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

5. Что такое шоковый индекс Аллговера-Бури?

а) соотношение ЧСС и АД сист.;
б) соотношение АД и ЦВД;
в) соотношение ЦВД и ОЦК;
г) разница температур подмышечной и ректальной;
д) соотношение частоты дыхания и дыхательного объёма.

6. Первая стадия ДВС-синдрома характеризуется:

1) активизацией свертывания крови;
2) снижением содержания фибриногена;
3) внутрисосудистой агрегацией клеток;
4) блокадой микроциркуляции в органах;
5) уменьшением количества тромбоцитов.

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

7. Вторая стадия ДВС-синдрома характеризуется:

1) уменьшением количества тромбоцитов;
2) увеличением количества тромбоцитов;
3) снижением содержания фибриногена;

4) увеличением содержания фибриногена;
5) увеличением частичного активированного тромбопластинового времени.

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

8. Третья стадия ДВС-синдрома характеризуется:

1) восстановлением проходимости сосудов микроциркуляторного русла;
2) блокадой микроциркуляции в органах;
3) геморрагическим синдромом;
4) активизацией свертывания крови;
5) образованием растворимых фибринмономерных комплексов;
6) повышением содержания фибриногена в крови;
7) дефибринацией;
8) дистрофическими и некротическими изменениями в тканях.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 4, 8; б) 2, 4; в) 6, 7; г) 3, 5, 6; д) 1, 3, 5, 7.

9. Четвертая (восстановительная) стадия ДВС-синдрома характеризуется:

1) возможным развитием органной недостаточности;
2) внутрисосудистой агрегаций клеток;
3) дистрофическими изменениями в тканях;
4) активизацией калликреин-кининовой системы;
5) некротическими изменениями в тканях;
6) активизацией системы комплемента;

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

10. К снижению свертывания крови приводят:

1) механическая желтуха;
2) онкологические заболевания;
3) синдром нарушенного всасывания;
4) атеросклероз;
5) лечение антибиотиками.

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

11. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови развивается при:

1) обширных ожогах;
2) сепсисе;
3) массивной кровопотере;
4) обширных травматических повреждениях;
5) злокачественных новообразованиях.

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

12. Какие обстоятельства могут способствовать вторичному раннему кровотечению из послеоперационной раны?

1) соскальзывание лигатуры с сосуда;
2) кровотечение из мелких нелигированных сосудов;
3) местное применение холода с целью обезболивания;
4) гипербилирубинемия;
5) резкое повышение артериального давления;
6) аррозия сосуда вследствие нагноения раны;

7) переливание консервированной крови.

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

13. Причинами вторичного позднего кровотечения являются:

1) повышение артериального давления;
2) гнойное расплавление тромба;
3) ликвидация спазма сосуда;
4) аррозия стенки сосуда;
5) ранение сосуда;
6) соскальзывание лигатуры.

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

14. Симптомами гемотампонады сердца являются все, кроме:

а) резкого снижения АД;
б) быстрого повышения ЦВД;
в) резкого ослабления сердечных тонов;
г) признаков острого малокровия;
д) набухания шейных вен.

15. В каком из перечисленных случаев возможна воздушная эмболия?

а) при ранении вен нижних конечностей;
б) при ранении подключичной вены;
в) при проникающем ранении сустава и гемартрозе;
г) при ранении селезенки;
д) при ранении бедренной артерии.

16. 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) тахикардии и гипотензии.

17. Какие из перечисленных видов кровотечений являются внутренними скрытыми?

1) кровотечения из гастродуоденальных язв;
2) кровотечения в брюшную и плевральную полости при проникающих ранениях;
3) почечные кровотечения;
4) гематомы мягких тканей;
5) гемартрозы;
6) кишечные кровотечения;
7) маточные кровотечения.

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

18. Перечислите общие симптомы кровотечений:

1) падение артериального давления;

2) тахикардия;
3) бледность кожных покровов;
4) увеличение показателя гематокрита;
5) уменьшение гемоглобина в периферической крови;
6) потеря сознания вследствие смещения срединных структур мозга внутричерепной гематомой;
7) раздражение брюшины при гемоперитонеуме;
8) обильная рвота цвета «кофейной гущи» при желудочном кровотечении;
9) резкая слабость.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 4, 5, 6, 7; б) 2, 3, 4, 8, 9; в) 3, 4, 5, 8, 9; г) 1, 2, 3, 5, 9; д) 5, 6, 7, 8.

19. Кровь в ликворе появляется при кровотечении:

а) субдуральном;
б) эпидуральном;
в) в вещество мозга;
г) субарахноидальном;
д) перидуральном.

20. Перечислите местные симптомы кровотечений:

1) потеря сознания вследствие дислокации срединных структур мозга внутричерепной гематомой;
2) прогрессивное падение артериального давления;
3) тахикардия;
4) резкое угнетение сердечной деятельности при гемотампонаде сердечной сумки;
5) снижение показателя гематокрита;
6) уменьшение содержания гемоглобина в периферической крови;
7) перитонеальная симптоматика при гемоперитонеуме;
8) бледность кожных покровов;
9) обильная рвота цвета «кофейной гущи» при язвенных кровотечениях.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 4, 7, 9; в) 2, 4, 8, 9; г) 3, 5, 6, 8; д) 2, 6, 8, 9.

21. Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является:

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

22. Выделение пенистой крови алого цвета, усиливающееся при кашле, характерно для:

а) кровоточащей дуоденальной язвы;
б) опухоли желудка;
в) синдрома Мэллори-Вейсса;
г) лёгочного кровотечения;
д) кровотечения из ВРВ пищевода при циррозе печени.

23. Точно установить источник гастро-дуоденального кровотечения позволяет:

а) рентгеноскопия желудка;
б) лапароскопия;
в) назогастральный зонд;
г) фиброгастродуоденоскопия;
д) целиакография.

24. Укажите нормальное время свёртывания крови на стекле:

а) 1 – 2 мин.;
б) 3 – 5 мин.;
в) 8 – 10 мин.;
г) 12 – 15 мин.;
д) 15 – 20 мин..

25. Что способствует спонтанной остановке кровотечений?

1) снижение гемоглобина;
2) сгущение крови;
3) сдвиг в системе плазменного гемостаза;
4) снижение артериального давления;
5) снижение центрального венозного давления.

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

26. К методам временной остановки кровотечений относятся:

1) наложение давящей повязки;
2) наложение кровоостанавливающего жгута;
3) введение в рану гемостатической губки;
4) электрокоагуляция кровоточащего сосуда;
5) лигирование сосуда;
6) наложение кровоостанавливающего зажима;
7) прошивание сосуда.

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

27. К методам окончательной остановки кровотечений относятся:

1) введение в рану гемостатической губки;
2) наложение давящей повязки;
3) электрокоагуляция кровоточащего сосуда;
4) наложение кровоостанавливающего жгута;
5) тампонада раны марлевым тампоном;
6) тампонада раны мышечной тканью;
7) лигирование сосуда;
8) наложение кровоостанавливающего зажима;
9) прошивание сосуда.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3, 6, 7, 9; б) 2, 4, 5, 8, 9; в) 1, 3, 4, 6, 8; г) 1, 5, 6, 7; д) верно всё.

28. При правильном наложении кровоостанавливающего жгута на конечность:

1) венозное кровотечение продолжается некоторое время;
2) конечность становится бледной;
3) конечность становится синюшной;
4) пульс дистальнее жгута не определяется;

5) артериальное кровотечение останавливается.

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

29. Наложение кровоостанавливающего жгута Эсмарха показано при:

1) капиллярном кровотечении из мышц;
2) кровотечении из бедренной артерии;
3) кровотечении из плечевой артерии;
4) кровотечении из вен предплечья;
5) кровотечении из вен при отрытом переломе голени.

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

30. У больной кровотечение из варикозного узла на голени. Что предпринять для остановки кровотечения?

1) прижать бедренную артерию и наложить кровоостанавливающий жгут.
2) придать конечности возвышенное положение;
3) наложить давящую повязку;
4) ввести внутривенно дицинон;
5) ввести внутривенно гепарин.

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

31. 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.

32. Окончательную остановку кровотечения из магистральной артерии производят при оказании:

1) первой медицинской помощи;
2) первой врачебной помощи;
3) квалифицированной хирургической помощи;
4) само- и взаимопомощи;
5) специализированной хирургической помощи.

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

33. Какие способы преимущественно используют для остановки паренхиматозных кровотечений?

1) давящей повязкой;
2) тугая тампонада с биогемостатиками;
3) сосудистый шов;
4) лигирование сосудов;
5) электро- и плазменная коагуляция.

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

34. Гепатомегалия, спленомегалия и мелена вызывают подозрение на:

а) кровоточащую язву 12-перстной кишки;
б) кровотечение из ВРВ пищевода при портальной гипертензии;
в) тромбоз мезентериальных артерий;
г) неспецифический язвенный колит;
д) кровоточащий рак желудка.

35. Определите основные показатели шокогенной кровопотери:

1) ЧСС более 120 ударов в минуту;
2) АД систолическое ниже 80 мм.рт.ст.;

3) гемоглобин ниже 80 Г в литре;
4) дефицит ОЦК более 20%;
5) гематокрит ниже 30%.

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

36. При сильном носовом кровотечении, грозящем развитием геморрагического шока, необходимо:
1) передняя тампонада носа;
2) задняя тампонада носа;
3) запрокидывание головы назад;
4) гемостатическая терапия;
5) инфузионно-трансфузионная терапия.

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

37. При кровотечении после дефекации алой кровью в виде лужицы на стуле и сопутствующем анальном зуде в первую очередь следует думать о:
а) хроническом парапроктите;
б) геморрое;
в) раке прямой кишки;
г) полипе прямой кишки;
д) анальной трещине.

38. Укажите способ окончательного гемостаза при ранении нижней полой вены:
а) перевязка сосуда в ране;
б) сосудистый шов;
в) наложение кровоостанавливающего зажима;
г) тампонада раны;
д) шунтирование сосуда.

39. Давящая повязка достаточна как способ временного гемостаза при:
1) кровотечении из подкожных вен предплечья;
2) повреждении плечевой артерии;
3) кровотечении из мягких тканей головы;
4) ранении подколенной артерии;
5) кровотечении из мягких тканей области коленного сустава.

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

40. Чем опасен разрыв средней оболочечной артерии?
а) геморрагическим шоком;
б) нарушением кровоснабжения твердой мозговой оболочки;
в) нарушением кровоснабжения височной доли головного мозга;
г) нарушением кровоснабжения лобной доли головного мозга;
д) образованием эпидуральной гематомы.

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

4) Подготовить презентацию на тему:
«Эндоскопия при внутренних кровотечениях»;
«Инфузионно-трансфузионное восполнение острой кровопотери».

Рекомендуемая литература:

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.3 Основы обезболивания в хирургии

Цель: Ознакомить студентов с общими принципами обезболивания хирургических операций и манипуляций и способами выполнения общей анестезии (наркоза) в госпитальной хирургической практике и способами выполнения местной и регионарной анестезии.

Задачи:

1) рассмотреть историю становления и развития местной анестезии с древности до наших времен;

2) изучить механизмы формирования и проведения чувства боли при повреждениях и возможности фармакологической блокировки их на разных уровнях;

3) обучить технике выполнения терминальной, местной и регионарной анестезии, руководствуясь принципом «Опасности анестезии не должны превышать опасности операции! » - рассмотреть историю становления и развития общей анестезии с древности до наших времен;

4) изучить механизмы формирования и проведения чувства боли при повреждениях и возможности фармакологической блокировки восприятия её на уровне ЦНС;

5) изучить задачи выполнения общей анестезии (угнетение сознания, обезболивание, арефлексия, мышечная релаксация, контроль жизненно важных функций) и какими способами они решаются.

-6) рассмотреть фармакологическое, инструментальное и аппаратное обеспечение проведения отдельных видов общей анестезии, руководствуясь правилом: «Опасности анестезии не должны превышать опасности операции! »

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

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

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

1. Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Ответить на вопросы по теме занятия:

Проверяется исходный уровень знаний студентов в виде тестовых заданий, разработанных кафедрой или контрольных вопросов:

1) Чувство боли – спутник инвазивной медицины. Хорошо это или плохо для больного человека в периоперационном периоде?

2) Выдающиеся открытия и роль личностей врачей в истории развития обезболивания операций.

3) Современные виды и способы обезболивания, фармакология препаратов группы А (яды).

4) Внутривенный комбинированный наркоз с ИВЛ как венец в развитии полостных операций.

5) Как стать анестезиологом-реаниматологом и все ли студенты способны пройти этот путь?

2. Практическая подготовка

1) Освоить практический навык

«Санация трахеобронхиального дерева больного с эндотрахеальный трубкой».

Цель: разжижение и удаление слизи из трахеобронхиального дерева.

Показания: скоплении слизи в трахеобронхиальном дереве при эндотрахеальной наркозе и ведении больного на аппарате ИВЛ. Показаниями к внеочередной аспирации является:

- повышенное давление в дыхательном контуре
- нарушение адаптации больного к респиратору
- появление в легких зон ослабленого дыхания

Оснащение: стерильные салфетки, стерильный одноразовый катетер длинной 40-50 см, диаметром 5 мм, стерильный лоток, стерильные перчатки, стерильный физраствор, стерильный раствор 4% соды, электроотсос.

Выполнение манипуляции

1. Оденьте стерильные перчатки и маску.
2. Отсоедините аппарат ИВЛ от эндотрахеальной трубки.
3. Возьмите стерильный катетер и присоедините его к элетроотсосу, нерасстерилизовывая катетер.
4. Введите катетер через эндотрахеальную трубку.
5. При санации ТБД голову больного поворачивают в сторону, противоположную тому головному бронху, в который должен быть введен катетер.
6. Включите электроотсос и проведите аспирацию содержимого трахеобронхиального дерева.
7. После окончания аспирации извлеките катетер
8. Процедура не должна превышать 15-20 сек.

Если мокрота густая и вязкая, то целесообразно перед санацией ввести раствор, разжижающий секрет.

9. Соедините эндотрахеальную трубку с аппаратом ИВЛ.

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

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

На прием к хирургу поликлиники обратился больной, которому был поставлен диагноз подкожный панариций ногтевой фаланги III пальца правой кисти. Больного пригласили в перевязочную и под местной анестезией произвели вскрытие панариция III пальца правой кисти, обработали рану, задренировали, наложили асептическую повязку, назначили соответствующее общее лечение и отпустили домой.

Какой вид обезболивания в данном случае был применен? И какой препарат был использован для обезболивания?

1. Для вскрытия панариция пальцев кисти используется местная проводниковая анестезия по «Оберсту-Лукашевичу».

2. Для этого используется р-р новокаина 1 – 2% в количестве 2,0 – 3,0. Методика проводниковой анестезии.

3. На основание III пальца правой кисти наложили импровизированный жгутик и в основание пальца с боковых поверхностей введен новокаин 1% новокаин 3 мл.

4. После потери болевой чувствительности в области пальца (проверяем с помощью инъекционной иглы) произведено вскрытие гнойного панариция.

52-х летняя женщина обычного телосложения госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области спустя 12 ч. С начала заболевания. После осмотра дежурным хирургом установлен диагноз: острый аппендицит. Больной предложена операция, на что больная дала согласие, но при условии её выполнения под местной анестезией.

Как должен поступить дежурный хирург?

1. Во-первых, дежурный хирург обязан выяснить мотивы отказа больной оперироваться под наркозом;

2. Объяснить преимущества наркоза.

3. Если больная по-прежнему продолжает настаивать на своём, хирург должен оперировать её под местной анестезией.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

На приём к хирургу обратилась больная, которой после осмотра был поставлен диагноз - пост инъекционный абсцесс правой ягодицы. Для уточнения диагноза хирург решил пропунктировать болезненный очаг. Какой вид местной анестезии, и какой препарат должен использовать врач для этой процедуры?

Больная М.,75 лет, через 15 минут после операции, проведённой под наркозом по поводу острого аппендицита, посинела. Дыхание редкое прерывистое. Какое осложнение раннего послеоперационного периода развилось у больной? Ваши действия?

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

Проверяется исходный уровень знаний студентов в виде тестовых заданий, разработанных кафедрой или контрольных вопросов:

1. Определение понятия обезболивание.
2. Теории наркоза.
3. Показания к оперативным вмешательствам под наркозом.
4. Классификация наркоза.
5. Стадии наркоза.
6. Осложнения наркоза.
7. Профилактика осложнений после наркоза.
8. Препараты для местной анестезии, механизм их действия, основные характеристики.
9. Техника отдельных видов местной анестезии
10. Выдающиеся открытия и роль личностей врачей в истории развития обезболивания операций.
11. Показания к применению, виды и техника новокаиновых блокад.

12. Виды местного обезболивания: фармакохимические (терминальная, инфильтрационная, проводниковая) и физические.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

1. Веществами, стимулирующими ноцицептивные (болевые) рецепторы являются все перечисленные, кроме:

а) эндорфинов;

б) ионов Н+;

в) ионов К+;

г) гистамина;

д) брадикинина.

2. Медиаторами антиноцицептивной (противоболевой) системы являются все вещества, кроме:

а) эндорфина;

б) морфина;

в) динорфина;

г) метэнкефалина;

д) лейенкефалина.

3. Какую концентрацию новокаина следует применять для местной инфильтрационной анестезии?

а) 2% раствор;

б) 5% раствор;

в) 1% раствор;

г) 0,25% раствор;

д) 0,01% раствор.

4. Анестезирующие свойства 0,5% раствора новокаина при однократном введении сохраняются:

а) до 30 минут;

б) до 1 часа;

в) до 1,5 – 2 часов;

г) до 2-3 часов;

д) до 4 часов.

5. При операции по поводу острого аппендицита у лиц пожилого возраста целесообразно применять:

а) аппаратно-масочный наркоз;

б) внутривенный наркоз;

в) местную анестезию;

г) перидуральную анестезию;

д) спинальную анестезию.

6. Какой раствор новокаина вводят в гематому с целью обезболивания при закрытых переломах костей?

а) 1% раствор;

б) 2% раствор;

в) 3% раствор;

г) 5% раствор;

д) 10% раствор.

7. При переломе костей таза показан следующий вид обезболивания:

а) корешковая паравертебральная блокада;

б) плексусная анестезия;

в) блокада по Школьникову-Селиванову;

г) футлярная блокада;

д) периневральная анестезия.

8. С каким видом обезболивания следует вправлять вывих бедра?

а) местная анестезия;

б) проводниковая анестезия;

в) общая анестезия;

г) внутрикостная анестезия;

д) без обезболивания.

9. Какую концентрацию раствора новокаина используют при проводниковой анестезии по Лукашевичу-Оберсту?

а) 1% раствор;

б) 2% раствор;

в) 3% раствор;

г) 0,5% раствор;

д) 0,25% раствор.

10. Преимущества в/в анестезии заключаются в:

а) отсутствии сложной аппаратуры;

б) отсутствии стадии возбуждения;

в) быстроте наступления хирургической стадии;

г) взрывобезопасности;

д) во всём перечисленном.

11. Раствор тримекаина введён в пространство между твёрдой мозговой оболочкой и стенкой спинномозгового канала позвоночника. Какой вид анестезии выполнен?

а) спинномозговая;

б) паравертебральная;

в) эпидуральная;

г) периневральная;

д) плексусная.

12. Премедикация абсолютно необходима при выполнении:

а) общего обезболивания;

б) новокаиновых блокад;

в) всех видов обезболивания;

г) перидуральной анестезии;

д) плексусной анестезии.

13. Перед плановыми и экстренными оперативными вмешательствами больным проводится премедикация. Назовите цели премедикации:

а) аналгезия и профилактика вагусных реакций;

б) нейровегетативная стабилизация, профилактика вагусных рефлексов, устранение страха перед операцией;

в) создание фона аналгезии, парасимпатолитическое действие, нейровегетативная защита;

г) снятие психоэмоционального напряжения, нейровегетативная стабилизация, аналгезия и потенцирование анестетиков, профилактика вагусных реакций,

д) психоээмоциональная стабилизация, подавление секреции бронхиальных желез, профилактика дыхательных нарушений.

14. Целям премедикации лучше всего отвечает сочетание лекарственных препаратов:

а) диазепам, дроперидол, атропин;

б) промедол, атропин, димедрол;

в) аминазин, седуксен, димедрол;

г) морфин, пипольфен, метацин;

д) аналгин, сульфокамфокаин, клофелин.

15. Адекватная защита организма больного от операционного стресса возможна при соблюдении компонентности общей анестезии. Выберите правильное сочетание компонентов:

а) наркотический сон и аналгезия;

б) выключение сознания, нейровегетативная защита, аналгезия и миорелаксация;

в) выключение сознания и миорелаксация;

г) состояние нейролепсии и аналгезии;

д) наркоз, миорелаксация и неровегетативная блокада.

16. Больной 54 лет предполагается плановая операция по поводу миомы матки, осложненной кровотечением. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь IIA, хронический бронхит, постгеморрагическая анемия. Определите степень операционно-анестезиологического риска:

а) I степень;

б) II степень;

в) III степень;

г) IV степень;

д) V степень.

17. Что такое операционный стресс?

а) биологические процессы защиты в ответ на хирургическую травму;

б) биологические процессы защиты в ответ на комплекс различных влияний: страх, возбуждение, боль, влияние наркоза, образование ран и травма тканей тела, потеря крови и т.д.;

в) биологические процессы защиты только в ответ на боль (обезболивание не является фактором стресса);

г) биологические процессы защиты – стресс возникает только в начале операции и заканчивается после ее окончания;

д) биологические процессы защиты в ответ на травму и кровопотерю.

18. Транспортировка больного из операционной после операции с общим обезболиванием осуществляется:

а) оперирующим хирургом и м/с-анестезисткой;

б) дежурным врачом и постовой медсестрой;

в) анестезиологом и м/с-анестезисткой;

г) хирургом и операционной м/сестрой;

д) анестезиологом, анестезисткой и постовой медсестрой.

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

4) Подготовить презентацию « Современные средства и методы местной анестезии».

Рекомендуемая литература:

Основная

№	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в биб-	Наличие в

п/п				лиотеке	ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Общая хирургия	Гостищев В.К.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Раздел 2. Основы клинической хирургии
Тема 2.1: Основы травматологии

Цель: способствовать формированию знаний и умений по клинической диагностике и этапному лечению закрытых повреждений мягких тканей и опорно-двигательного аппарата. Способствовать формированию системы знаний и умений по клинической диагностике, оказанию первой медицинской помощи и этапному лечению пострадавших с термо- и холодовой травмой ,химическими ожогами электротравмой.

Задачи:

1) изучить определения и классификацию травм, понятие и виды травматизма;
2) обучить особенностям обследования пострадавших от травм;
3) изучить семиотику травм мягких тканей и сухожильно-связочного аппарата;
4) изучить семиотику и лучевую диагностику скелетной травмы;
5) изучить принципы этапного лечения травм.
6) - изучить причины и условия получения термотравм;
7) - рассмотреть клинические симптомы и критерии тяжести термического повреждения (ожога, отморожения) в зависимости от глубины и площади поражения;
8) - разобрать алгоритмы первой медицинской при термических ожогах, отморожениях и замерзании;
9) - ознакомить студентов с этиологией, клиническими симптомами и первой медицинской помощью при химических ожогах;
10) - изучить повреждающее действие электротока на организм человека и алгоритм неотложных мероприятий у пострадавших с электротравмой.

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.

Особенности ведения больных, находящихся в критических состояниях, принципы оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

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.

Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом. Оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим при ранениях, при кровотечениях, травмах, механической асфиксии, клинической смерти

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.

Основными врачебными, диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия :

1) Дайте определение понятий травмы и травматизма и приведете классификацию травм.
2) Расскажите алгоритм обследования больного с травмой (жалобы, механизм и обстоятельства травмы, визуальные, пальпаторные и аускультативные признаки повреждения и его осложнений, уточняющие методы исследования неинвазивные и инвазивные.
3) Составьте программу лечебных мероприятий при изолированной травме на этапах оказания первой (непрофессиональной) помощи, скорой медицинской доврачебной помощи, квалифицированной хирургической или специализированной реанимационной и травматологической врачебной помощи
4) Каков алгоритм оказания первой помощи при термических ожогах?
5) Каков алгоритм оказания первой помощи при отморожениях и замерзании?
6) Определение понятия электротравмы, физические характеристики электрического тока и разрядов (вольтова дуга) и особенности их повреждающего действия на ткани и организм в целом, исходя из посыла – «Амперы убивают, вольты обжигают!»
7) Разберите принципы этапного лечения пострадавших от электротравмы в последовательности: первая помощь (ОБЖ, пожарные, спасатели, полиция), профессиональная медицинская доврачебная и врачебная помощь (медсестры и врачи общей практики, бригады СМП и МЧС, специалисты ОРИТ, хирурги, кардиологи и неврологи стационаров
8) Определите понятия местной (ожог едкими жидкостями и веществами) и общей химической травмы – резорбтивного отравления при всасывании через слизистые, конкретизируйте механизмы повреждающего действия различных веществ на ткани и организм в целом

2. Практическая подготовка

Задания выполняются студентами самостоятельно путем изучения демонстрационных и раздаточных материалов, алгоритмов действий и решения ситуационных задач. Под руководством преподавателя на фантомах и муляжах, костях скелета определяются типичные признаки закрытых повреждений мягких тканей и скелетной травмы, оцениваются данные рентгенографии костей и суставов. Студенты накладывают иммобилизирующие повязки и транспортные шины, используют имитаторы хладагентов и медикаментов для обезболивании. Знакомятся с инструментами и материалами для лечебной иммобилизации отвердевающими повязками (гипс, пластмассы), техникой наложение и ухода при скелетном вытяжении конечностей, аппаратом для компрессионно-дистракционного остеосинтеза и оборудованием для металлоостеосинтеза. В манипуляционной и перевязочной учащиеся наблюдают за выполнением врачом пункций гематом и лечебных блокад, репозицией отломков и вправлением вывихов в суставах, в операционной - технику выполнения металлоостеосинтеза и снятия конструкций.

Результаты: Подводятся итоги выполнения заданий студентами, даются ответы на возникшие вопросы и задания для самостоятельной подготовки

Освоить манипуляции по алгоритму

1) Установите клиническую смерть от электротравмы и проведите базовую СЛР до приезда реанимационной бригады СМП на фантоме.
2) Устраните едкое химическое вещество путем смывания водой с кожи и глаз, зондового промывания верхнего отдела ЖКТ по принципу изнутри наружу, чтобы не расширить зону ожога слизистых на фантоме.
3) Обеспечьте оксигенотерапию через кислородный катетер, маску, при гиповентиляции.
4) Выполните на фантоме пункцию катетеризацию подкожной вены иглой-катетером «Бабочка», катетером Брауна, окажите помощь врачу реаниматологу при пункции-катетеризации глубоких вен согласно предложенным алгоритмам выполнения венозных доступов.

5) Выполните катетеризацию мочевого пузыря на фантомах мужского и женского таза постоянным катетером Фоли с целью оценки волемической коррекции кровообращения и висцеральной микроциркуляции крови.
6) Наложите асептическую повязку и проведите компрессионное бинтование раздавленных нижних конечностей, выполните транспортное шинирование их и транспортировку пострадавшего на носилках в ОРИТ.

Цель работы – обучить приемам оказания неотложной медицинской помощи при электрической и химической травме, травматической болезни с развитием шока и травматического токсикоза

Методика проведения работы:

- определение манипуляции
- показания для выполнения
- противопоказания
- оснащение
- техника выполнения
- возможные ошибки и осложнения, их устранение

Результаты могут быть представлены в виде рисунков с описанием, записи в рабочих тетрадях или фотокопий материалов кафедры.

Выводы отражают степень сложности диагностического поиска, программ лечения и реабилитации тяжелого контингента больных с электро- и химической травмой, травматическим шоком и СДР.

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

- Машиной скорой помощи в приёмный покой больницы доставлен больной с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника и правой поясничной области. Около 1 ч. Назад упал со строительных лесов с высоты 3 этажа.

Состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные. Пульс-120 уд.в мин. АД 70/40 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный. Отмечается болезненность при надавливании на остистый отросток 12 грудного позвонка и при пальпации в правой поясничной области, где определяется припухлость. Анализ мочи: 4-5 эритроцитов в поле зрения.

Ваш предположительный диагноз? Какими специальными методами исследования можно верифицировать диагноз?

1. У пострадавшего следует предположить разрыв (отрыв) правой почки, компрессионный перелом 12 грудного позвонка, шок средней степени тяжести.
2. Больному надо выполнить рентгенографию пояснично-грудного отдела позвоночника в 2-х проекциях, внутривенную (экскреторную) пиелографию и УЗИ-исследование почек.
3. Необходимо помнить, что гематурия не наблюдается при отрыве почечной ножки или закупорке мочеточника сгустком крови.

- В хирургический стационар доставлен пострадавший 36 лет в заторможенном состоянии с обширными ожогами лица, туловища и конечностей вследствие попадания в Вольтову дугу на электровозе. Пульс нитевидный до 120 ударов в мин., АД – 90/60 мм рт. Часть одежды обуглена, поврежденная кожа пепельно серого цвета.

Что с пострадавшим? Какова фаза ожоговой болезни? Тактика действий дежурного врача.

- произошла термическая электротравма на производстве, где напряжение тока на контактном проводе электролинии достигает 27 киловольт с возможностью неконтактного разряда (вольтовой дуги) на живые объекты

- необходимо этапное оказание неотложной помощи для спасения жизни пострадавшего от шокогенной ожоговой травмы электроразрядом (термической, а не электротравмы!))
- фельдшер здравпункта или бригады СМП должен выполнить обезболивание, начать инфузионную терапию шока с включением дыхательных аналептиков, гормонов и кардиотонических средств и адреномиметиков, проводить оксигенотерапию, наложить асептические повязки на пострадавшие области тела и транспортировать в стационар. При госпитализации в ПИТ больному необходимо проводить наблюдение реаниматологом, кардиологом и хирургом, оосуществлять мониторинг ЭКГ и сатурации кислорода, продолжать комплексную терапию шока с добавлением антибиотикотерапии и профилактики столбняка. Выполнить под общей анестезией снятие одежды и туалет ожоговых ран, вызвать на консультацию специалиста комбустиолога и после выведения из шока транспортировать больного реанимационной бригадой в ожоговый центр для специального лечения и дерматопластики.
- своевременность оказания первой помощи, включая вероятную необходимость проведение СЛР, определяет судьбу пострадавшего от ожоговой электротравмы, первичная повязка сохраняет стерильность ожоговых ран, наблюдение и мониторинг жизненно важных функций в ОРИТ предупреждает развитие поздних осложнений травмы, усилия врача комбустиолога и пластического хирурга определят конечный результат – выздоровление больного
- несвоевременность или неполноценность оказания этапной неотложной медицинской помощи приводят к летальному исходу или глубокой инвалидности больного.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

- Мальчик, 13 лет, заколачивая гвоздь, промахнулся и нанёс себе удар молотком по указательному пальцу левой кисти.

Моментально появились сильная боль в пальце, рефлекторное щадящее ограничение подвижности в нём и посинение кожи на его тыльной поверхности.

Какую помощь Вы окажете ребёнку?

- Вы фельдшер заводского медпункта и оказались свидетелем несчастного случая: рабочий пролил по неосторожности на руку концентрированную серную кислоту. Какую помощь Вы окажете пострадавшему?

- В травматологическй пункт бригадой СМП доставлен 20-летний мужчина. Со слов пострадавшего во время работы он попал под воздействие электрического тока напряжением 380 вольт (взялся руками за оголенный провод). Терял сознание. На ладонных поверхностях кистей имеется обугленная кожа, общее состояние пострадавшего удовлетворительное.

Ваши действия? Какие последствия травмы угрожают жизни больного?

- Вы прибыли на место происшествия по вызову СМП. Со слов свидетелей несколько минут назад пострадавший попал под воздействие электрического тока от мощного потребляющего устройства. Потерял сознание, Имели место судороги. Коллеги по работе отключили рубильник.

Пострадавший лежит на полу, дыхание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется, сердцебиение не выслушивается, кожные покровы цианотичны, зрачки широкие, на свет не реагируют.

Что с пострадавшим? Ваши действия?

-Вы фельдшер заводского медпункта и оказались свидетелем несчастного случая: рабочий пролил по неосторожности на руку концентрированную серную кислоту. Какую помощь Вы окажете пострадавшему?

- В травматологическй пункт бригадой СМП доставлен 20-летний мужчина. Со слов пострадавшего во время работы он попал под воздействие электрического тока напряжением 380 вольт (взялся руками за оголенный провод). Терял сознание. На ладонных поверхностях кистей имеется обугленная кожа, общее состояние пострадавшего удовлетворительное.

Ваши действия? Какие последствия травмы угрожают жизни больного?

- Вы прибыли на место происшествия по вызову СМП. Со слов свидетелей несколько минут назад пострадавший попал под воздействие электрического тока от мощного потребляющего устройства. Потерял сознание, Имели место судороги. Коллеги по работе отключили рубильник.

Пострадавший лежит на полу, дыхание отсутствует, пульс на сонных артериях не определяется, сердцебиение не выслушивается, кожные покровы цианотичны, зрачки широкие, на свет не реагируют.

Что с пострадавшим? Ваши действия?

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) Определение травм и травматизма Актуальность повреждений в структуре хирургической патологии мирного времени и на войне – травматической эпидемии.
2) Первичное обследование пострадавших с закрытыми повреждениями мягких тканей покровов (ушибы, гематомы), связок, сухожилий и мышц (растяжения, разрывы, размозжения) и этапы оказания медицинской помощи.
3) Первичное обследование при травме скелета, значение лучевой диагностики и контроля, этапы оказания медицинской помощи и реабилитации больных по принципу: «Сделай как было!».
4) Травматический токсикоз при размозжениях мышц (СДС, СДС, Позиционный синдром, Синдром черной мочи, синдром Байуотерс-Билла). Особенности патогенеза и осложнения, принципы оказания этапной медицинской помощи, начиная с выполнения первого требования спасения «Устрани повреждающий фактор!» и заканчивая гемодиализом при развитии ОПН.
5) Как определяется тяжесть термических ожогов и строится прогноз для жизни
6)Перечислите принципы лечения ожоговой болезни в различной стадии
7)В чем прогностические отличия местной и общей травмы холодом и этапная помощь при отморожении и замерзании?
8)Какой смысл заложен в крылатой фразе комбустиологов, звучащей при электротравме : « Амперы убивают, вольты обжигают!» ?
9)Укажите средства восстановления сердечного ритма при фибрилляции желудочков,
10) В чём отличие химических ожогов кислотой и щёлочью?
11) Укажите прогностическую важность оказания своевременной медицинской помомщи при приёме едких щелочей внутрь.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Под сочетанной травмой при механических повреждениях понимают:

а) переломы бедра и голени с одной или двух сторон;
б) переломы костей конечностей, позвоночника или таза с одновременным повреждением внутренних органов;
в) переломы костей верхних и нижних конечностей;
г) повреждение полых и паренхиматозных органов при тупой травме живота;
д) повреждение магистральных сосудов и нервов в одной анатомической зоне.

2. Под множественной травмой при механических повреждениях скелета подразумевают:

а) много-оскольчатые переломы костей;
б) двойные (сегментарные) переломы костей;

в) повреждение двух или более анатомо-функциональных образований опорно-двигательного аппарата на одном или разных сегментах;
г) перелом обеих лодыжек голени с подвывихом или вывихом стопы;
д) повреждение менисков и связок коленного сустава.

3. Под политравмой при механических повреждениях понимают:

а) много-оскольчатые переломы костей;
б) множественную и сочетанную травму;
в) переломы костей и вывихи сегментов конечностей;
г) переломы костей с повреждением сосудов и нервов;
д) переломы костей с обширными повреждениями мягких тканей.

4. Из перечисленных повреждений выберите множественные:

а) переломы голени, ребер, позвоночника;
б) закрытая черепно-мозговая травма и внутричерепная гематома;
в) закрытая травма живота с разрывом печени и селезенки;
г) термический ожог туловища и конечностей;
д) термический ожог грудной клетки и радиационное поражение в дозе 350 рентген.

5. Ведущим методом уточнения факта и характера перелома костей является:

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

6. Какие данные в отношение перелома костей позволяет получить рентгенография в 2-х проекциях?

а) вид и степень укорочения конечности;
б) патологическая подвижность отломков и нарушение функции конечности;
в) наличие перелома, его локализация, вид смещения отломков;
г) повреждение магистральных сосудов и нервов;
д) открытость или закрытость перелома.

7. Симптомами вывиха сегмента конечности в суставе являются все перечисленные, кроме:

а) деформации области сустава;
б) симптома «пружинящей ригидности»;
в) отсутствия активных движений в суставе;
г) патологической подвижности;
д) боли в области сустава.

8. Для перелома трубчатых костей характерны все признаки, кроме:

а) усиления боли при осевой нагрузке;
б) патологической подвижности в сегменте;
в) крепитации отломков;
г) удлинения конечности;
д) деформации сегмента.

9. Назовите основной признак гемартроза коленного сустава:

а) увеличение объёма сустава;
б) кровоизлияние в мягкие ткани области сустава;
в) ограничение движений в суставе;
г) баллотирование надколенника;
д) симптом «выдвижного ящика».

10. Укажите симптом ушиба мягких тканей головы:

а) рвота;
б) потеря сознания;
в) ретроградная амнезия;
г) анизокория;
д) подкожная гематома.

11. Открытым переломом считается перелом кости с:

а) осаднением кожных покровов;
б) образованием фликтен в месте перелома;
в) раной мягких тканей вне места перелома;
г) раной мягких тканей, сообщающейся в месте перелома;
д) обширной гематомой.

12. Методом выбора в лечении повреждении сухожилий сгибателей кисти является:

а) гипсовая иммобилизация в функционально выгодном положении;
б) скелетно-пластырное вытяжение;
в) шов сухожилия с последующей иммобилизацией;
г) шов сухожилия с ранней лечебной физкультурой;
д) иммобилизация повязкой в функционально выгодном положении.

13. Транспортная иммобилизация при диафизарных переломах костей включает фиксацию:

а) места перелома;
б) места перелома и ближайшего сустава;
в) места перелома и дистального сустава;
г) места перелома и дистального и проксимального суставов;
д) места перелома и проксимального суставов.

14. Транспортная иммобилизация при переломе плеча выполняется:

а) шиной Дитерихса;
б) шиной Крамера;
в) шиной Герасимова;
г) шиной Еланского;
д) гипсовой лонгетой.

15. Главным условием успешного вправления вывиха является:

а) выбор правильной позы больного;
б) подбор подручных и специальных средств;
в) адекватное обезболивание манипуляции;

г) психологическая подготовка больного;
д) стихание острых проявлений травмы.

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 психических отклонениях у пострадавшего (алкогольный делирий, опьянение с психомоторным возбуждением, при черепно-мозговой травме);
г) множественных повреждениях и шоке;
д) диафизарных переломов с нарушением магистрального кровотока.

17. Укажите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (металлоостеосинтезу):

а) открытые переломы;
б) переломы со смещением отломков;
в) интерпозиция тканей между отломками;
г) многооскольчатые и раздробленные переломы;
д) множественные переломы костей.

18. Скелетное вытяжение показано при:

а) переломе шейного отдела позвоночника;
б) переломе бедра со смещением отломков;
в) переломе плеча со смещением отломков;
г) окончатом переломе ребер;
д) во всех перечисленных ситуациях.

19. Применение компрессионно-дистракционного остеосинтеза позволяет:

а) лечить открытые переломы, осложненные экзогенным остеомиелитом;
б) замещать дефекты длинных трубчатых костей, мягких тканей, сосудов, нервов;
в) бескровно ликвидировать ложные суставы, укорочения, искривления, деформации костей;
г) выполнять бескровный артродез (замыкание сустава);
д) решить все перечисленные задачи.

20. При усилении болей в конечности, появлении отека и цианоза стопы после наложения циркулярной гипсовой повязки необходимо:

а) привести конечность в возвышенное положение на шине Белера;
б) ввести обезболивающие средства;
в) рассечь повязку по длине и развести края;
г) наложить согревающий компресс на стопу;
д) назначить мочегонные средства.

21. Какие больные с термическими ожогами подлежат госпитализации?

1) с площадью ожога более 10 – 12%;
2) дети до 3^{x} лет независимо от площади ожога;
3) с ожогами лица, шеи, кистей, промежности;
4) с электроожогами.

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

22. Укажите основные средства интенсивной терапии ожогового шока:

1) гемотрансфузия;
2) инфузия изотонических растворов;
3) кардиотонические средства;
4) наркотические аналгетики;
5) вазопрессоры.

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

23. Укажите правильную формулу расчета объёма инфузионной терапии ожоговой болезни в различных возрастных группах:

а) дети до года;	1) 3 – 4 мл/кг веса * площадь ожога в %;
б) дети;	2) 2 – 3 мл/кг веса * площадь ожога в %;
в) взрослые;	3) 12 мл/кг веса * площадь ожога в %.

24. Оптимальным способом защиты ожоговой раны от инфекции является:

а) укрытие асептической повязкой;
б) укрытие влажной повязкой с антисептиками;
в) укрытие мазевой повязкой с антисептиками;
г) открытое ведение с высушиванием под струп;
д) ведение в изолированной безбактериальной среде АТУ.

25. Электрический ток каких параметров безопасен для человека?

а) 1500 вольт и 10000 – 1000000 герц;
б) 380 вольт и 50 герц;
в) 220 вольт и 50 герц;
г) 127 вольт и 50 герц.

26. Все приведённые ниже положения относительно электро ожогов верны, кроме:

а) характерны более глубокие повреждения, чем при термической травме;
б) кровеносные сосуды и нервные стволы обладают низкой электропроводностью;
в) некроз мышц может быть не диагностирован;
г) при высоковольтных повреждениях пострадавшие нуждаются в мониторинге сердечной деятельности;
д) маннитол показан для форсирования диуреза у больных с миоглобинурией.

27. После СВЧ (микроволновая печь) инициирует глубину ожога:

а) I степени;
б) II степени;
в) IIIА степени;
г) IIIБ степени;
д) IV степени.

28. У пострадавшего имеется ожог грудной клетки пламенем III – IV степени. Плотный темного цвета струп охватывает грудную клетку. Отмечается одышка, ограничение экскурсий, акроцианоз. Что необходимо сделать для быстрейшего устранения гиповентиляции?

а) некрэктомию;

б) некротомию;
в) трахеостомию;
г) оксигенотерапию;
д) ИВЛ.

29. По глубине поражения различают следующие степени отморожений:

а) I, II, IIIА, IIIБ, IV;
б) I, II, IIIА, IIIБ;
в) I, IIА; IIБ; III;
г) I, II, III, IV;
д) I, II, III, IVА; IVБ.

30. Отморожение какой степени характеризуется некротическими повреждениями поверхностного слоя кожи без повреждения росткового слоя и восстановлением разрушенных элементов кожи через 1-2 недели?

а) отморожение I степени;
б) отморожение II степени;
в) отморожение III степени;
г) отморожение III – IV степени;
д) отморожение IV степени.

31. Соотнесите периоды в течении отморожений с их характеристиками:

а) дореактивный;	1) время непосредственного воздействия холода;
б) реактивный;	2) от начала действия холода до согревания;
	3) время согревания;
	4) после восстановления температуры тела;
	5) от начала действия холода до отторжения струпа.

32. Соотнесите степень тяжести замерзания с клиникой:

а) I степень;	1) мышечное окоченение, аритмия, расстройство дыхания;
б) II степень;	2) адинамия, бледность и цианоз кожи, мышечная дрожь;
в) III степень;	3) клонико-тонические судороги, остановка сердца.

33. Для отморожения III степени характерно:

а) обратимое расстройство микроциркуляции в тканях;
б) некроз эпидермиса;
в) некроз всей толщи кожи;
г) образование пузырей с геморрагическим содержимым;
д) некроз сегмента конечности.

34. Под хирургической обработкой отморожений прежде всего следует понимать:

а) удаление пузырей;
б) некротомии и некрэктомии;
в) ампутации в пределах здоровых тканей;
г) аутодермопластику дефектов кожи;
д) футлярные новокаиновые блокады.

35. В раннем реактивном периоде отморожений наблюдается все указанное, кроме:

а) болевой реакции;
б) повышенной температуры тканей;
в) отёка и цианоза тканей;
г) токсемии;
д) некроза тканей.

36. В позднем реактивном периоде отморожений характерно появление:

а) болевой реакции;
б) повышения температуры тканей;
в) отёка и цианоза тканей;
г) токсемии;
д) некроза тканей.

37. При отморожении II степени дно вскрытого пузыря имеет цвет:

а) белый;
б) розовый;
в) синюшный;
г) фиолетовый;
д) чёрно-серый.

38. Повреждение, сопровождающееся острым значительным понижением температуры всего тела человека, называется:

а) отморожением;
б) озноблением;
в) замерзанием;
г) переохлаждением;
д) гипотермией.

39. Ознобление – это форма местного повреждения холодом, возникающая вследствие:

а) острого отморожения I степени;
б) острого отморожения II степени;
в) хронического отморожения I степени;
г) хронического отморожения II степени;
д) хронического отморожения III степени.

40. Какие мероприятия необходимо проводить при лечении отморожений в дореактивный период?

1) согревание пораженного участка тела в воде;
2) согревание переохлажденного участка тела теплым воздухом;
3) согревание переохлажденного участка растиранием;
4) полная изоляция переохлажденного участка от внешнего теплового воздействия;

5) применение сосудорасширяющих средств;
6) введение теплых инфузионных растворов;
7) новокаиновые блокады.

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

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

4.Подготовить презентации по теме «Хирургическое лечение переломов», «Ожоговая болезнь».

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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-

7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.2: Раны. Лечение ран

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:

1. изучить определение понятий и классификацию ран по различным критериям;
2. 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;
3. 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.

Особенности ведения больных, находящихся в критических состояниях, принципы оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

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.

Установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом. Оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим при ранениях, при кровотечениях, травмах, механической асфиксии, клинической смерти

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.

Основными врачебными, диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **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 репарантного 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 подготовка**

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 гиперосмолярными 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 размеров 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 всилу:

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 ингибиция 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) рубленные;
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 $см^2$ 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 (шов 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;

г) вторичный поздний;

3) накладывается и завязывается по окончанию ПХО раны;

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 гиперосмолярными 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 репарантными 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.

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за	Шевченко	М.: ГОЭТАР -	100	+

	хирургическими больными «Уроки доброты»	А.А.	Медиа, 2008 г		ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.3: Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки

Цель: Способствовать формированию знаний и умений диагностировать и лечить распространенные формы стафило- и стрептодермий в амбулаторных и госпитальных условиях.

Задачи:

1. Вспомнить базисные сведения из анатомии, гистологии и физиологии покровных тканей, определяющие их устойчивость к проникновению инфекции; культуральные свойства гноеродной микрофлоры, определяющие их патогенность, и механизмы резистентности к ней, определяющие очаговый характер нагноений, из курсов медицинской микробиологии, патологической анатомии и физиологии.

2. Систематизировать материал из учебного руководства, лекции по общим вопросам хирургической инфекции и сведения из МКБ-10, выделив разнообразие клинических форм стафило- и стрептодермий и прогностическую их опасность, требующую амбулаторного или госпитального лечения.

3. Научить клиническому распознаванию отдельных нозологических форм нагноительных заболеваний покровов в различные фазы их развития с оценкой сопутствующих им синдромов лихорадки и эндоинтоксикации по местным и общим признакам.

4. Освоить на доклинических и клинических примерах технику инвазивной уточняющей диагностики, хирургической санации и дренирования очагов инфекции с последующим перевязочным лечением гнойных ран.

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 ме-

дицинских организаций, правил использования медицинского инструментария.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.
Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1) Чем определяется резистентность покровных тканей к внедрению возбудителей гнойной инфекции через слабые места в коже?
2) В чем отличия патогенности и вирулентности гноеробных стрептококков и стафилококков?
3) Роль лимфатической системы в ограничении развития общей инфекции в организме.
4) Местные и общие отличия абсцессов и флегмон, развивающихся в подкожной клетчатке.

2. Практическая подготовка

Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя согласно предложенным алгоритмам действий:

1. Клиническое распознавание стадий местного гнойного процесса по местным признакам.

- Органолептическое определение стадии инфильтрации (серозно-лейкоцитарного пропитывания зоны воспаления) и абсцедирования (сформировавшейся гнойно-некротической коллекции).
- Показания абсолютные, поскольку определяют тактику дальнейшего лечения.
- Противопоказаний в экстренной и срочной гнойной хирургии не существует.

- Оснащение предполагает достаточный уровень освещения и резиновые перчатки для рук.

- Осмотр болезненного очага позволяет обнаружить яркие признаки воспаления и гнойный фокус при поверхностных процессах, либо реактивные воспалительные изменения при глубоком его залегании. Пальпация обнаруживает местную гипертермию, болезненную плотность очага в стадии инфильтрации или симптом флюктуации (зыбления), патогномоничный для стадии абсцедирования.

- Ошибки в определении стадии связаны с глубиной залегания гнойной коллекции, не позволяющей отчетливо определить флюктуацию гнойника, грубые манипуляции в перифокальной зоне могут способствовать разрушению воспалительного барьера с распространением инфекции в окружающие ткани, лимфатические и кровеносные сосуды.

2. 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.

- Показана для уточнения стадии развития процесса (инфильтрат, абсцесс) при сомнениях в трактовке органолептических находок и при глубоком залегании гнойника, не исключает попадание попутной аутологичной микрофлоры.

- Противопоказаний не существует, при глубоких локализациях требует знания топографической анатомии и личного мануального опыта.

- 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.

- 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 по цвету, консистенции, запаху, что дает возможность предварительно определить возбудителя инфекции, затем вносится в пробирку с консервантом или транспортной средой для отправления в баклабораторию 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 расширение зоны инфекции из пункционного канала.

3. 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, кровеостанавливающие 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 отрогов 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 санация рана тампонируется марлевыми или сигарными тампонами или турундами с антисептиками или гиперосмолярными средами. При большом количестве некротизированных тканей они могут быть иссечены, при малом разрушении 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, перевязочных и палатах.

- 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.

6.Результаты: подводятся итоги выполнения заданий студентами, даются ответы на возникшие вопросы и задания для самостоятельной подготовки.

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 поликлинику на приём к хирургу пришёл юноша с фурункулом верхней губы.
Температура тела 39 градусов С. Выраженный отёк верхней губы и век.
Как хирург должен поступить с больным? Какое следует проводить лечение?

1. При локализации фурункула на лице выше уголков рта возможно развитие прогрессирующего тромбофлебита лицевых вен, который через вены уголков глаз может переходить в систему глазной вены и далее в кавернозный синус черепа.
2. Гнойный тромбоз кавернозного синуса почти всегда сопровождается гнойным базальным менингитом и оптохиазматическим арахноидитом – наиболее тяжёлыми и обычно смертельными осложнениями.
3. Больного следует срочно госпитализировать в хирургическое отделение.
4. Назначается постельный режим, проводится интенсивная антибактериальная терапия, показаны антикоагулянты, антистафилококковый гамма-глобулин, плазма.
5. Кожу в области фурункула необходимо очищать 70% этиловым спиртом. Можно накладывать повязку с мазью на водорастворимой основе.
6. После самопроизвольного прорыва фурункула центральный некротизированный стержень следует осторожно удалить пинцетом (грубые манипуляции или выдавливание опасны возникновением сепсиса!)
7. Продолжать перевязки с антисептиком до полного заживления раны.

3). Задача для самостоятельного разбора на занятии

На приём к хирургу пришёл больной с жалобами на боли в правой подмышечной области, усиливающиеся при движении в правом плечевом суставе. Болеет третьи сутки.
При осмотре в подмышечной области обнаружены три плотных ограниченных инфильтрата диаметром от 0,8 до 4,2 см., слегка выступающих над кожей, с лёгкой гиперемией последней над ними.
Что случилось с больным? Какова должна быть лечебная тактика?

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:

- Этиология гнойных заболеваний покровов и механизмы резистентности их к инфекции.
- Клинические формы поверхностных стафилодермий, их диагностика и лечение.

-Клинические формы стрептодермий, их диагностика и лечение.

-Гнойные процессы в подкожно-жировой клетчатке, их местное и общее лечение в различные фазы развития.

- Клиническая оценка токсикогенности и септикогенности очаговых гнойных заболеваний покровов, программы рациональной антибактериальной терапии и детоксикации в госпитальных условиях.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

1. Укажите наименее значимую функцию кожи:

а) защитная;

б) терморегулирующая;

в) иммуногенная;

г) выделительная;

д) витаминобразующая.

2. Грамположительными возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний покровов являются:

а) протеи;

б) стафилококки;

в) хламидии;

г) синегнойная палочка;

д) гонококки Нейсера.

3. По источнику возникновения выделяют следующие виды хирургической инфекции:

1) эндогенная;

2) экзогенная;

3) смешанная;

4) специфическая;

5) неспецифическая.

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

4. Какое из нижеприведённых утверждений относительно гнойно-воспалительных заболеваний покровов верно:

а) гнойный гидраденит – воспаление мерокриновых желёз;

б) наиболее часто кожные нагноения вызываются стрептококком;

в) наиболее часто нагноения в паховой области вызывают грам-отрицательные кокки;

г) наиболее эффективное средство антибактериальной терапии стафилодермий – пенициллин;

д) карбункул – гнойно-некротическое заболевание дериватов кожи, распространяющееся в подкожную клетчатку.

5. Выберите наиболее септико-генное заболевание:

а) эризепилоид;

б) остиофолликулит;

в) фурункул носогубного треугольника;

г) абсцедирующий фурункул бедра;

д) рожистое воспаление голени.

6. К общим немикробным этиологическим факторам развития гнойной хирургической инфекции относятся:

1) возраст пациента;

2) сахарный диабет;

3) приём гормональных препаратов;

4) неэффективный гемостаз;
5) электрокоагуляция и электрохирургия.

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

7. К местным немикробным этиологическим факторам развития гнойной хирургической инфекции относятся:

1) травматичность выполнения операции;
2) электрокоагуляция и электрохирургия;
3) наложение большого количества лигатур;
4) использование не рассасывающегося шовного материала;
5) неэффективный гемостаз;
6) длительность выполнения оперативного пособия.

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

8. К формам рожистого воспаления относятся:

1) эритематозная;
2) буллезная;
3) катаральная;
4) флегмонозная;
5) некротическая;
6) гангренозная.

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

9. Каким микроорганизмом вызывается рожа?

а) стафилококк;
б) стрептококк;
в) синегнойная палочка;
г) вульгарный протей;
д) пептострептококк.

10. Какие структурные элементы поражаются при фурункуле?

1) волосяной фолликул;
2) сальная железа;
3) мышцы;
4) потовая железа;
5) подкожная клетчатка.

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

11. Какой метод лечения применяют при флегмоне мягких тканей в стадии гнойного расплавления?

а) гипотермию (холод);
б) широкие разрезы и дренирование;
в) пункцию с бактериологическим исследованием;
г) горячий компресс;
д) новокаиновое обкалывание с антибиотиками.

12. Какое из указанных гнойных заболеваний не встречается у детей раннего возраста?

а) фурункул;
б) карбункул;
в) гидраденит;
г) абсцесс;
д) флегмона.

13. Исключите неправильное утверждение для клиники сибиреязвенного карбункула (местная форма):

а) отсутствие гиперемии кожи;
б) выраженный отёк тканей;
в) локальная болезненность;
г) наличие чёрного струпа в центре;
д) лимфаденит.

14. Укажите места обычной локализации гидраденита:

1) подмышечная ямка;
2) паховая область;
3) шея;
4) спина;
5) ареолы.

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

15. Характерное клиническое проявление поверхностного лимфангита:

а) наличие красных полос по ходу лимфатических сосудов;
б) гиперемия кожи с четкими границами;
в) отек кожи;
г) мелкоточечная сыпь;
д) увеличение лимфоузлов.

16. Различают следующие патоморфологические виды воспаления лимфоузлов:

а) некротическое, серозное;
б) гнилостное, специфическое;
в) хроническое, рецидивирующее;
г) острое, хроническое, гнойное;
д) серозное, гнойное, продуктивное.

17. Если в гнойный процесс вовлечена капсула лимфоузла и окружающие ткани, то развивается:3

а) абсцесс;
б) аденофлегмона;
в) карбункул;
г) фурункул;
д) тромбофлебит.

18. Основной причиной развития постинъекционных абсцессов и флегмон является:

а) нарушение асептики при инъекциях;
б) повторное использование одноразовых игл и шприцев;
в) нестерильность лекарственных средств;
г) неадресность введения гиперосмолярных препаратов;
д) многократность инъекций в одну анатомическую зону.

19. Наиболее грозным постинъекционным осложнением является:

а) медикаментозный неврит;
б) постинъекционный абсцесс;
в) постинъекционный инфильтрат;
г) газовая гангрена;
д) гематома.

20. При каком заболевании может развиться «холодный» абсцесс?

а) остеомиелит;
б) пандактилит;
в) туберкулезный спондилит;
г) фурункулез;
д) актиномикоз.

21. Что называется флегмоной?
а) гнойное воспаление потовых желез;
б) гнойное воспаление сальных желез;
в) отграниченное воспаление подкожной клетчатки;
г) распространенное воспаление клетчатки (целлюлит);
д) воспаление синовии сустава.

22. Назовите ткань наиболее резистентную к воздействию гноеродной микрофлоры:

а) фасции;
б) мышцы;
в) брюшина;
г) подкожная клетчатка;
д) плевра.

23. К вам обратился больной с фурункулом верхней губы. Ваши действия:
а) срочная госпитализация в хирургическое отделение;
б) консервативное лечение с назначением антибиотиков;
в) хирургическое вмешательство в поликлинике;
г) консервативное лечение компрессами;
д) консервативное лечение дезагрегантами.

24. Назовите первую клинико-морфологическую стадию местной реакции организма в очаге гнойной инфекции:
а) инфильтрации;
б) индурации;
в) десквамации;
г) дилюции;
д) пенетрации.

25. Для флегмоны характерны все признаки, кроме:
а) общее недомогание;
б) лихорадка;
в) разлитая болезненность;
г) гиперемия кожи без чётких границ;
д) наличие полости с гноем, окружённой капсулой.

26. Переходу острого абсцесса в хронический способствуют все факторы, кроме:
а) большого размера гнойной полости;
б) недостаточного дренирования;
в) наличия некротического секвестра в гнойной полости;
г) неадекватной антибактериальной терапии;
д) анаэробного характера микрофлоры абсцесса.

27. Укажите наиболее частое осложнение чесотки:
а) вторичная пиодермия;
б) сепсис;

в) рубцовая атрофия кожи;
г) флегмона эпифасциальной клетчатки;
д) все перечисленное.

28. В какой венозный синус твердой мозговой оболочки возможно гематогенное распространение инфекции при фурункуле носогубной области?
а) кавернозный;
б) нижний сагиттальный;
в) сигмовидный;
г) большой каменистый;
д) прямой синус.

29. Клиническую картину гидраденита характеризуют следующие признаки:
1) образование плотного болезненного узла;
2) наличие фолликулярной пустулы;
3) выделение сливкообразного гноя из микро абсцессов;
4) наличие некротического центра;
5) возникновение плотного инфильтрата с гнойными головками.
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 5; б) 2, 3, 4; в) 2, 3, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 3, 5.

30. Буллезная форма рожи характеризуется наличием:
а) абсцессов;
б) пустул;
в) пузырей;
г) язв;
д) участков некроза кожи.

31. Воспаление при эритематозной роже распространяется на:
а) эпидермис;
б) сосочковый слой;
в) все слои кожи;
г) подкожную клетчатку;
д) все слои кожи и лимфатические сосуды.

32. Наиболее часто при роже поражаются:
а) слизистые оболочки;
б) лицо, голова, нижние конечности;
в) верхние конечности, грудная клетка;
г) промежность, подмышечные области;
д) пальцы кисти.

33. Из общих методов лечения рожистого воспаления наиболее эффективно применение:
а) сульфаниламидов;
б) аспирина;
в) физиотерапевтических процедур;
г) антибиотиков и сульфаниламидов;
д) рентгенотерапии.

34. При эритематозной роже противопоказано применение:
а) антибиотиков;
б) сульфаниламидов;
в) УФ-облучения;
г) повязок со стрептоцидной пудрой;

д) влажных повязок и ванн.

35. Возбудителем эризепилоида является:
а) стафилококк;
б) стрептококк;
в) палочка свиной рожи;
г) протеи;
д) синегнойная палочка.

36. Патологический процесс при эризипелоиде чаще локализуется на:
а) пальцах кисти;
б) предплечьи;
в) пальцах стопы;
г) лице;
д) голени.

37. Отдалённым осложнением рожистых воспалений является:
а) экзема;
б) гематогенный остеомиелит;
в) тромбофлебиты п/к вен;
г) лимфостаз и слоновость;
д) трофические язвы.

38. В чём кроется особая опасность фурункула «опасной зоны» лица?
а) в развитии рожистого воспаления;
б) в развитии аденофлегмоны шеи;
в) в развитии паратонзиллярного абсцесса;
г) в развитии септического кавернозного синустромбоза;
д) в развитии флегмоны дна полости рта.

39. Выделите из перечисленных поверхностную форму распространенной стафилодермии:
а) фурункул;
б) вульгарный сикоз;
в) гидраденит;
г) карбункул;
д) абсцесс.

40. Соотнесите правильно!

Группа антибиотиков:	Побочный эффект:
а) пенициллины;	1) нефротоксичность;
б) аминогликозиды;	2) миелотоксичность;
в) макролиды;	3) аллергичность;
г) тетрациклины;	4) желудочно-кишечные расстройства;
д) левомицетины;	5) возбуждение ЦНС;
	6) кардиотоксичность;
	7) гепатотоксичность.

Эталон ответов: 1. –в; 2. –б; 3. –г; 4. –д; 5. –в; 6. –б; 7. –д; 8. –б; 9. –б; 10. –б; 11. –б; 12. –в; 13. –в; 14. –в15. –а; 16. –д; 17. –б; 18. –г; 19. –г; 20. – в; 21. –г; 22. –б; 23. –а; 24. –а; 25. –д; 26. –д; 27. –а; 28. –а; 29. –д; 30. –в; 31. –д; 32. –б; 33. –г; 34. –д; 35. –в; 36. –а; 37. –г; 38. –г; 39. –б; 40. а-3, б-1, в-6, г-7, д-2.

4). Подготовить презентацию на тему « Опасности и осложнения гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки»

Рекомендуемая литература
Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.4: 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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

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 (экскретирующих) 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 подготовка

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 специального 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 ассиметрию молочных желез или лица при паротите за счет воспалительного отека, гиперемию кожи, гноевидные 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 рожеподобного 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 параоссальных 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 визульным 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 расширение 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 операционны й набор (перчатки, ножницы, скальпель, пинцет, кровеостанавливающие 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 исследова-

ния, должен быть исследован пальцем или инструментом на предмет глубины и конфигурации полости с разделением фасциальных отрогов 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 эзофогогастроскоп 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 стредостения.
3. Обязательно поставить желудочный зонд для питания больной.
4. Проводить интенсивную антибактериальную противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию для лечения заболевания и профилактики осложений.
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;
6) 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) надгрудинного межапоневротического;
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) бактероиды.

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) доксициклина;
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 запирательный 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) исшиоректальный;
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 39^0С, 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) узловая 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 «Рациональная антибактериальная терапия».

Рекомендуемая литература

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.5. Гнойная хирургия костей и суставов

Цель: способствовать формированию у студентов знаний и умений устанавливать предварительные диагнозы и составлять программы лечения гнойных заболеваний костей, суставов и кисти.

Задачи:

1) рассмотреть анатомо-морфологические особенности костей и суставов, отметив особенности растущей кости у детей, делающих их доступными для эндогенной инфекции гематогенным путем;

2) изучить различия патогенеза экзогенного (травматического) остеомиелита, создающего ограниченное поражение структур кости – периостит, остеит, контактный остеомиелит, и эндогенного гематогенного остеомиелита с поражением метаэпифизов крупных трубчатых костей, формированием субпериостальных абсцессов, параоссальных и межмышечных флегмон.

3) обучить клинике, диагностике и приемам хирургического лечения острого остеомиелита и хронического резидуального свищевого.

4) рассмотреть многообразие форм панарициев и флегмон кисти, диагностику и лечение их в пределах компетенции врача общей практики и хирурга специалиста в гнойной остеологии.

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1) Пути проникновения инфекции в глубокие ткани костей, суставов, уязвимость для инфекции синовиальных сумок и тканей пальце и кисти. Морфофункциональные особенности этих образований, определяющие специфику развития нагноений.

2) Чем отличаются травматический вторичный остеомиелит от острого гематогенного остеомиелита и почему последнему заболеванию подвержены дети?

3) Укажите морфофункциональные особенности кисти человека – высшего достижения эволюции, утрата которого приводит к инвалидности.
4) Определите понятия синовит, бурсит, артрит, периартрит, параартикулярная флегомона мягких тканей.

2. Практическая подготовка

Техника диагностической пункции суставов и синовиальных сумок при патологических скоплениях.

- Миниинвазивное уточнение стадий гнойного процесса, определяющее дальнейшую тактику лечения – « Игла предшествует ножу».
- Показано при органолептическом определении выпота в суставах и сумках для уточнения стадии гнойно-воспалительного процесса и забора экссудата для лабораторного исследования на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. После опорожнения серозной коллекции пункция превращается в лечебную путём введения средств местного лечения одномоментно или повторно программировано.
- Противопоказаниями являются коагулопатии и параартикулярные флегмоны, требуются знания топографической анатомии суставов и мануальный опыт исследователя.
- Оснащение: стерильные пинцет, шарики и салфетки, средства дезинфекции кожи, шприцы ёмкостью 10-20 мл. и инъекционные иглы различного размера с учётом глубины поиска, средства местной анестезии кожи (0,5% растворы новокаина, лидокаина), стерильные пробирки с консервантом для транспортировки экссудата для исследования в бактериологической лаборатории.
- В перевязочной больного укладывают на стол с размещением конечностей в физиологически выгодном положении. Стандартные точки для пункции суставов и бурс выбираются исходя из знаний их анатомии и топографии предлежащих сосудов и нервов. В месте пункции тщательно дезинфицируется кожа с целью исключения попутной микрофлоры, тонкой иглой проводится местная инфильтрационная анестезия кожи и через эту же точку выполняется глубокая тонко- или толстоигольная пункция полости сустава в зависимости от предполагаемого качества экссудата (серозный или гнойный). Правильный выбор направления и глубины продвижения иглы и создание разряжения в шприце позволяют обнаружить попадание иглы во внутрисуставную коллекцию. Серозный или гнойный экссудат в шприце подтверждает наличие воспаление синовий, после снятия шприца с иглы он оценивается органолептически, что даёт возможность предварительно определить возбудителя инфекции. Затем вносится в пробирку с консервантом или транспортной средой для отправления в бактериологическую лабораторию для исследования на микрофлору и чувствительность её к антибиотикам. Иглу после полного откачивания содержимого сустава следует оставить для лечебной цели – введения в сустав антибиотиков или антисептиков, набранных предварительно в шприц. При правильном размещении иглы ощущения больного при этом минимальны, и сопротивление в шприце при введении препарата отсутствует. После процедуры необходим временный функциональный покой.

Ошибки связаны с неправильным выбором направления и глубины пункции сустава или бурсы, не достигающей гнойной коллекции, особенно при малом её количестве. Осложнениями являются: реакция на анестетик или лечебный препарат при гиперчувствительности к нему, вплоть до анафилаксии; повреждение сосудистых (околосуставная гематома или гемартроз) или нервных стволов с преходящими чувствительными или двигательными нарушениями при отсутствии представлений об их топографии; расширение зоны инфекции через пункционный канал, особенно при местном применении стероидных гормонов (!).

5. Выполнение заданий.

Студенты самостоятельно знакомятся с дополнительными информационными материалами, решают ситуационные задачи по отдельным видам заболеваний, изучают алгоритмы манипуляционной диагностической и лечебной техники сестринского и врачебного уровней. Под руководством преподавателя анализируют УЗИ и рентгенограммы, имитируют выполнение исследований на фантомах и полезных моделях в доклинических условиях. При наличии больных знакомятся с историями болезней и наблюдают этапы лечения в операционной и перевязочных, ОРИТ.

Результаты. В заключительной части подводятся итоги выполнения заданий студентами, даются ответы на возникшие вопросы и задания для самостоятельной подготовки к следующему занятию.

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 мальчик 9 лет с жалобами на боли в правой нижней конечности. Болеет в течение 2-х недель. Лечился на дому. Состояние ухудшилось, поэтому направлен на стационарное лечение.

Температура тела по вечерам до- 40 градусов С.В легких выслушиваются единичные рассеянные сухие и влажные хрипы. Печень и селезёнка не увеличены. Определяются отёк и гиперемия кожи в нижней трети правого бедра, резкая болезненность. Коленный состав увеличен в объёме, нога в нём полусогнута, движения болезненные. Дополнительно установлено, что 3 недели назад ударился правым бедром о парту.

Ваш диагноз?

Какие исследования необходимо выполнить в приёмном покое?

Ваша лечебная тактика?

1. Судя по клиническим данным, у ребёнка можно предположить острый гематогенный остеомиелит правого бедра, осложнённый поднадкостничным абсцессом или межмышечной флегмоной.

2. В приёмном покое больницы следует выполнить общий анализ крови, мочи, рентгеноскопию грудной клетки и рентгенограммы правого бедра.

3. Больной госпитализируется в хирургическое отделение, где ему показана экстренная операция: вскрытие межмышечной флегмоны, поднадкостничного абсцесса или трепанация кости в целях опорожнения гнойника.

4. Общее лечение проводится по принципам лечения острых гнойно-септических заболеваний.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии.

В отделение хирургической инфекции поступил больной с жалобами на боли в правой голени, периодическое повышение температуры тела до 38-39 градусов С. Передвигается с помощью костылей. 12 мес. назад перенёс открытый перелом. Проводилось лечение скелетным вытяжением и гипсовой повязкой. Однако из-за болей самостоятельно передвигаться не может.

На передней поверхности правой голени имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. Голень отёчна, вокруг свища наблюдается умеренна гиперемия тканей. На рентгенограммах голени отмечаются ложный сустав, концевой остеолиз отломков большеберцовой кости, эндостальный склероз, утолщение и бахромчатость периоста.

С каким диагнозом поступил больной?

Какие необходимо провести дополнительные методы исследования?

Ваша лечебная тактика?

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 кисти и пальцев, пути проникновения инфекции и клинико-анатомические особенности развивающихся воспалительных процессов.

2 Клинические формы панарициев и флегмон кисти в соответствии с МКБ-10, их ранняя клиническая диагностика и тактика лечения.

3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и принципы местного и общего лечения острого гематогенного остеомиелита, экзогенного остеомиелита после травмы костей. Хронический резидуальный остеомиелит как большая проблема в гнойной остеологии.

4. Острые гнойные синовииты. Клиника, диагностика и принципы лечения гнойных артритов, бурситов, тендовагинитов.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

1. Какая форма остеомиелита осложняет открытые переломы, огнестрельные ранения, операции на костях?

а) экзогенный;
б) гематогенный;
в) первично-хронический;
г) хронический резидуальный;
д) ни одна из форм.

2. Какой участок кости чаще первично поражается при гематогенном остеомиелите?

а) эпифиз;
б) диафиз;
в) метаэпифиз;
г) надкостница;
д) костномозговой канал.

3. Выберите правильное распределение частоты поражения костей гематогенным остеомиелитом:

а) плечевая, м/берцовая, бедренная, б/берцовая, лучевая, локтевая;
б) бедренная, плечевая, м/берцовая, лучевая, локтевая, ключица;
в) бедренная, б/берцовая, плечевая, м/берцовая, лучевая, локтевая.

4. Секвестр – это?

а) ломкость кости;
б) аномалия развития кости;
в) мёртвый участок кости;
г) несвободный участок кости;
д) воспаление кости.

5. Когда на рентгенограммах появляются первые признаки острого гематогенного остеомиелита?

а) через 2-3 дня;
б) через 4-6 дней;
в) через 1-2 недели;
г) через месяц;
д) через 2-3 месяца.

6. В какой последовательности развивается деструктивный процесс при остром гематогенном остеомиелите?

а) надкостница – кортикальный слой – губчатая кость – костномозговой канал;
б) кортикальный слой – надкостница – губчатая часть метафиза – костномозговой канал;

в) губчатая часть метафиза – костномозговой канал – компактная кость – надкостница.

7. Что называется остеомиелитом?

а) гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей;
б) специфическое воспаление костной ткани;
в) гнойное воспаление суставной сумки;
г) гнойное воспаление надкостницы, костной ткани, костного мозга;
д) туберкулезное воспаление костей.

8. При остром гематогенном остеомиелите трубчатых костей оптимальным методом лечения является:

а) секвестрэктомия;
б) вскрытие параоссальной флегмоны;
в) вскрытие флегмоны и субпериостального абсцесса;
г) вскрытие флегмоны, периостотомия и остеоперфорация;
д) внутрикостное введение антибиотиков.

9. Как классифицируют остеомиелит в зависимости от пути инфицирования?

1) гематогенный;
2) неспецифический;
3) негематогенный: травматический, огнестрельный, контактный;
4) специфический;
5) гематогенный: острый, первичный хронический, вторичный хронический;
6) негематогенный: острый, хронический.

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

10. Для хронического гематогенного остеомиелита характерно:

1) поражение кости на значительном протяжении;
2) опухолеподобный инфильтрат мягких тканей;
3) замещение костного мозга соединительной тканью;
4) поражение метаэпифиза и диафиза;
5) постоянно наблюдается атрофия мышц;
6) гнойная интоксикация;
7) обязательное поражение ближайших суставов;
8) частое поражение ближайших суставов.

Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 5, 8;
б) 2, 3, 8;
в) 2, 3, 4, 6;
г) 1, 4, 6;
д) 1, 2, 5, 7.

11. Какие местные клинические проявления свидетельствуют о запущенных случаях острого гематогенного остеомиелита?

1) гиперемия кожи;
2) деформация кости;
3) появление симптома флюктуации;
4) образование участков некроза кожи;
5) образование гнойного свища.

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

12. Наиболее частым исходом острого эпиметафизарного гематогенного остеомиелита у детей является:

а) переход в хроническую форму;
б) нарушение роста кости в длину и деформация;
в) снижение иммунитета;
г) нарушение гемопоэза;
д) всё неверно.

13. К ранним симптомам острого гематогенного остеомиелита относится всё, кроме:

а) болей в конечности;
б) общего недомогания;
в) озноба;
г) высокой лихорадки;
д) флегмоны подкожной клетчатки.

14. Информативным методом диагностики острого гематогенного остеомиелита в ранние сроки у детей старшего возраста является:

а) рентгенография;
б) пункция смежного сустава;
в) остеоперфорация;
г) УЗИ;
д) общий анализ крови и гемокультура.

15. Основным методом лечения ложного сустава, осложненного остеомиелитом, является:

а) наложение гипсовой повязки;
б) накостный остеосинтез в сочетании с костной пластикой;
в) внутрикостный остеосинтез в сочетании с костной пластикой;
г) пересадка костного трансплантата на питающей сосудистой ножке;
д) наружный внеочаговый остеосинтез.

16. Лечение хронического остеомиелита включает всё, кроме:

а) применения антибиотиков остеотропного ряда;
б) санации очагов тлеющей инфекции;
в) секвестрэктомии;
г) металлоостеосинтеза;
д) внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

17. Какие хирургические приёмы наиболее целесообразны при лечении больного с острым гематогенным остеомиелитом?

1) только вскрытие флегмоны;
2) вскрытие флегмоны и рассечение надкостницы;
3) трепанация на протяжении пораженной кости;
4) резекция пораженной кости;
5) декомпрессивное дренирование костного канала.

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

18. Каков наиболее рациональный объём хирургических манипуляций при лечении хронического остеомиелита?

1) иссечение свищей;
2) остеоперфорация;
3) секвестрэктомия;
4) вскрытие флегмоны;
5) пластика костной полости;
6) длительное активное промывное дренирование.

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

19. Укажите симптомы острого артрита:

1) высокая лихорадка с ознобом;
2) припухлость и болезненность сустава;
3) гиперемия кожи над суставом;
4) ограничение движений в суставе.

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

20. Для синдрома Рейтера при хронизации гонореи характерно:

а) поражение почек по типу гломерулонефрита;
б) поражение органов пищеварения;
в) поражение крупных суставов и конъюнктивы глаз;
г) поражение сердечно-сосудистой системы;
д) поражение органов дыхания.

21. При бурсите в стадии серозного воспаления применяют все лечебные мероприятия, кроме:

а) вскрытия синовиальной сумки с удалением экссудата и дренажом;
б) пункция бурсы, удаление экссудата, введение антисептиков;
в) иммобилизация конечности;
г) УВЧ-терапия;
д) согревающие компрессы.

22. Какая операция показана при гнойном панартрите коленного сустава осложнённом сепсисом?

а) троакарное дренирование;
б) артротомия и сквозное дренирование;
в) резекция сустава с артродезом;
г) ампутация конечности в н/3 бедра;
д) костнопластическая ампутация по Гритти-Шимановскому.

23. Какой из признаков более характерен для артрита в отличие от артроза?

а) боли при движении;
б) изменение контуров сустава;
в) разрастание костной ткани;
г) припухлость и повышение кожной температуры;
д) хруст при движении.

24. Наиболее характерный рентгенологический признак хронического остеомиелита:

а) наличие секвестров;
б) остеопороз;
в) остеосклероз;
г) периостальные наслоения;
д) остеоартроз.

25. Кардинальными симптомами хронического остеомиелита являются:

1) высокая температура;
2) рецидивирующий характер заболевания;
3) пульсирующая боль;
4) наличие секвестральной коробки, секвестра;
5) появление свищей.

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

26. С чего следует начать лечение острого гнойного гонартрита?

а) наложения мазевой повязки;
б) физиотерапии;
в) иммобилизации конечности;
г) эвакуации гнойного экссудата путем пункции или вскрытия;
д) резекции пораженного сустава.

27. Что такое пандактилит?

а) гнойное воспаление под ногтевой пластинкой;
б) воспаление околоногтевого валика;
в) воспаление сухожильного влагалища;
г) воспаление кости фаланги пальца;
д) гнойное воспаление всех тканей пальца.

28. Для какого панариция характерна веретенообразная форма пальца?

а) подкожного;
б) суставного;
в) сухожильного;
г) костного;
д) пандактилита.

29. При гнойном тендовагините каких пальцев кисти процесс может распространиться в глубокую клетчатку предплечья (Пирогова-Паррона):

1) первого;
2) второго;
3) третьего;

4) четвёртого;
5) пятого.

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

30. К глубоким формам панариция относят всё, кроме:

а) подкожный;
б) суставной;
в) костный;
г) сухожильный;
д) пандактилит.

31. Больной с подкожным панарицием провел бессонную ночь из-за болей в пальце. Какова тактика лечения?

а) содовые ванночки и компрессы;
б) повязка с мазью Вишневского;
в) УВЧ-терапия и тубус УФО:
г) пенициллин в/в под жгутом;
д) вскрытие панариция по Клаппу.

32. Укажите на каких поверхностях средней и основной фаланг II – IV пальцев делают разрезы при подкожных панарициях?

а) на боковых;
б) на ладонной;
в) на тыльной;
г) крестообразные на ладонной поверхности;
д) возможны все варианты.

33. На какой поверхности предплечья делают разрезы при вскрытии клетчаточного пространства Пирогова-Паррона?

а) на передней;
б) на задней;
в) на латеральной;
г) на медиальной;
д) на боковых поверхностях.

34. Чем объясняется необходимость срочного оперативного вмешательства при гнойном тендовагините сухожилий 2, 3, 4-го пальцев кисти?

а) возможностью распространения гноя в клетчаточное пространство Пирогова-Паррона;
б) возможностью перехода процесса на кости фаланги;
в) возможностью некроза сухожилия вследствие сдавления его брыжейки;
г) возможностью развития сепсиса;
д) возможностью развития флегмоны кисти.

35. Что такое V-образная флегмона кисти?

а) гнойный тендобурсит 1 и 5 пальцев кисти;
б) гнойный тендовагинит 2 и 4 пальцев;
в) гнойный тендовагинит 2 и 3 пальцев;

г) гнойное воспаление межмышечных промежутков возвышений 1 и 5 пальцев;
д) все перечисленные варианты.

36. Для хирургической обработки подкожного панариция выполняют:

а) поверхностную анестезию;
б) местную инфильтрационную анестезию;
в) проводниковую анестезию по Лукашевичу-Оберсту;
г) анестезию по Куленкампфу;
д) футлярную блокаду кисти.

37. Паронихия – это воспаление:

а) всех тканей пальца;
б) околоногтевого валика;
в) ногтевого ложа;
г) межфалангового сустава;
д) сухожильного влагалища пальца.

38. С чем сообщается через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза подкожная клетчатка ладони?

а) с подапоневротическим клетчаточным пространством ладони;
б) с подсухожильным клетчаточным пространством;
в) с синовиальными влагалищами 2 – 5го пальцев;
г) с клетчаточным пространством Пирогова-Паррона;
д) с футлярами червеобразных мышц.

39. Какие разрезы допустимы при вскрытии панариция ногтевой фаланги? Все, кроме:

а) линейно-боковые по Клаппу;
б) клюшкообразные боковые;
в) полуовальные.

40. Повреждением какого образования может осложниться разрез в области «запретной» зоны кисти?

а) сухожилий сгибателей пальцев;
б) сухожилия длинного сгибателя большого пальца;
в) двигательной ветви срединного нерва с нарушением противостояния большого пальца;
г) поверхностной артериальной ладонной дуги;
д) мышц возвышения большого пальца.

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

4). Подготовить презентацию на тему «Особенности диагностики и лечения хронического остеомиелита».

Рекомендуемая литература:
Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.6 Сепсис. Острая анаэробная хирургическая инфекция

Цель: Способствовать формированию умений диагностировать и строить лечебные программы при общей гнойной инфекции в условиях хирургического отделения и ОРИТ. **:** Способствовать формированию знаний и умений оценивать распространённость и этиопатогенез острой анаэроб-

ной инфекции, реализовать современные стандарты диагностики и лечения острой анаэробной инфекции в хирургической практике.

Задачи:

1. Рассмотреть современные представления об этиопатогенезе сепсиса как истинный ответ на воспаление.
2. Обучить принципам установления диагноза « Сепсис» по национальным и зарубежным критериям.
3. Изучить принципы хирургического и консервативного лечения септических больных.
4. Изучить факторы, способствующие развитию острой анаэробной инфекции, патологическую анатомию и патогенез заболевания.
5. Изучить классификацию, клиническую картину и диагностику острой анаэробной инфекции.
6. Изучить общие принципы лечения анаэробной инфекции мягких тканей.

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

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. Приводится перечень контрольных вопросов: Клиническое распознавание септикогенности очагов инфекции по локализациям и распространенности по лимфатической и кровеносной системам.

2. Принципы дифференциальной диагностики синдрома гнойно-резорбтивной лихорадки и начальной фазы сепсиса. Оценка гемограмм и лучевых находок (УЗИ печени и почек, рентгенография легких).

3. Техника забора экссудата и крови для подтверждения бактериальной обсемененности и чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

4. Клинические наблюдения больных с нестабильной гемодинамикой, эндоинтоксикацией и синдромом ПОН в ОРИТ, знакомство с листом наблюдения за тяжелым больным и программами комплексной интенсивной терапии.

5. Современная концепция развития острой анаэробной инфекции.

6. . Факторы, способствующие развитию о. анаэробной инфекции, фазы течения заболевания.

7. Характеристика клинических симптомов о. анаэробной инфекции.

8. Объективные признаки о. анаэробной инфекции.

9. Диагностика о. анаэробной инфекции.

10. . Общие принципы лечения и профилактики.

2. Практическая подготовка

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

Выполнение заданий.

1. Клиническое распознавание септикогенности местного гнойного процесса по местным и общим признакам.

- Эпидемиологическое и органолептическое определение септикогенной ситуации в зависимости от локализации и распространенности входных ворот, местных признаков и общих синдромов ССВР, эндоинтоксикации, ПОН.

- Показания абсолютные, поскольку определяют тактику дальнейшего лечения: срочной или экстренной хирургии и комплексной терапии в ОРИТ.

- Противопоказаний в экстренной и срочной гнойной хирургии не существует.

- Оснащение предполагает достаточный уровень пропедевтических навыков, инструментов и аппаратуры для оценки входных ворот и отклонений в жизненно-важных системах организма больного.

- Осмотр болезненного очага позволяет обнаружить яркие признаки воспаления и гнойный фокус при поверхностных процессах с распространением по лимфатическим путям и в особо опасных зонах, либо реактивные воспалительные изменения и дисфункцию вторично заинтересованных органов при глубоком его залегании. ибки в определении стадии связаны с глубиной залегания гнойной коллекции, не позволяющей отчетливо определить флюктуацию гнойника, грубые манипуляции в перифокальной зоне могут способствовать разрушению воспалительного барьера с распространением инфекции в окружающие ткани, лимфатические и кровеносные сосуды.

2. 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.

- Показана при сомнениях в органолептических находках при глубоком залегании гнойника, исключает попадание попутной аутологичной микрофлоры.

- Противопоказаний не существует, при глубоких локализациях требует знания топографической анатомии и личного мануального опыта.

- 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.

- 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 расширение зоны инфекции из пункционного канала.

3. 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, кровеостанавливающие 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 отрогов 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 санация рана тампонируется марлевыми или сигарными тампонами или турундами с антисептиками или гиперосмолярными средами. При большом количестве некротизированных тканей они могут быть иссечены, при малом – 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.

1. Освоение манипуляций на фантомах по алгоритму:

- использование устройств и аппаратов для автономного и центрального активного (вакуумного) дренирования ран;

-некрэктомия, дренирование турундами и тампонами гнойных ран, техника перевязок с использованием средств гиперосмолярного действия в ране на фантоме и в гнойной перевязочной.

2. Освоение разнообразной техники дренирования ран в доклинических и реальных условиях и ОРИТ. Работа выполняется по алгоритму:

- Определение манипуляции.

-Показания.

- Противопоказания.

- Оснащение.

- Техника выполнения.

- Возможные ошибки и осложнения.

Выводы подчёркивают значение применения некректомии, различных способов дренирования ран как основного способа лечения острой анаэробной инфекции в хирургической практике.

Выполнение заданий.

Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя на фантомах, муляжах, в палате, перевязочной, операционной с освоением алгоритмов. В зависимости от вида заданий предлагаются различные формы проведения данной части занятия с использованием инновационных технологий. Приводятся случаи из практики и медицинской и художественной литературы и решаются ситуационные задачи.

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

После выписки домой из роддома на протяжении 3-х недель состояние новорожденного прогрессивно ухудшается. Он вял, плаксив, отказывается от груди, не прибавляет в массе. Кожные покровы бледно-серые, акроцианоз. Отмечаются частые срыгивания, неустойчивый стул. Температура тела постоянна,37,6-37,9 градусов С. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. На месте отпавшей пуповины имеется мокнущая ранка с вялыми, бледными, покрытыми гнойным налётом грануляциями.

Какое заболевание у новорожденного и что Вы предпримите?

1. У новорожденного следует заподозрить пупочный сепсис.
2. В экстренном порядке госпитализировать новорожденного в отделение интенсивной терапии, где будет прододиться интенсивная: антисептическая, дезинтоксикационная, противовоспалительная, антибактериальная и симптоматическая терапия.
3. В процессе лечения крайне необходимо обеспечить динамическое наблюдение хирурга, так как пупочный сепсис часто сопровождается перитонитом.

- У больного на 5 день после получения небольшой раны правой кисти при обработке земельного участка повысилась температура тела до 38 градусов С, появились мышечные боли, затруднение глотания, невозможность закрыть рот, сардоническая улыбка.

Какое осложнение возникло у больного?

Ваши действия?

1. У больного клиника столбняка.
2. Следует незамедлительно доставить больного в хирургический стационар.
3. В операционной произвести больному хирургическую обработку раны в целях удаления возбудителей и создания неблагоприятных условий для развития анаэробной инфекции.
4. Больного перевести в реанимационное отделение, где ему будет проведено общее лечение столбняка.
5. Серотерапию осуществляют под наркозом (закись азота, фтротан). Противостобнячную сыворотку вводят внутривенно 2 дня подряд по 200 000 МЕ на 250 мл. физ. раствора (этим можно полностью нейтрализовать циркулирующий в крови токсин).
6. На третий день дозу противостолбнячной сыворотки снижают на 1/3.
7. В остром периоде болезни обязательно вводят троекратно адсорбированный столбнячный анатоксин по 1 мл.
8. В целях купирования судорог вводят аминазин, который назначают в сочетании с седативными., снотворными, десенсибилизирующими, обезболивающими средствами, антибиотиками.
9. В тяжелых случаях рекомендуется миорелаксанты в сочетании с ИВЛ.
10. Для выключения сознания применяют наркоз с закисью азота, седативными средствами, нейролептиками.

3). Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Больному К. 72-х лет ,по поводу влажной диабетической гангрены правой стопы и голени произведена ампутация на уровне средней трети правого бедра. На 4-е сутки в связи с нагноением швы с культи сняты, рана разведена, дренирована тампонами. В течение последующих 10 дней гнойное отделяемое из раны прекратилось, но грануляции вялые, бледные, культя отёчная.

Общее состояние больного тяжёлое. Заторможен. Отмечаются серо-землистый цвет кожных покровов, иктеричность склер. Температура тела постоянно держится в пределах 39-40 градусов С. Пульс 124-136 уд.в мин., слабого наполнения. Тахипоэ. В правом подреберье пальпируется выступающий на 3-4 см.край печени. Суточный диурез 300 - 400 мл.

У больного заподозрен острый послеоперационный сепсис.

Какие исследования следует провести для верификации диагноза?

В приемный покой машиной скорой помощи доставлена молодая женщина на третьи сутки после внебольничного аборта. Жалуется на боли в низу живота.

Состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные. Пульс-112 ударов в минуту. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симтом Щеткина- Блюмберга сомнительный.

Нуждается ли больная в экстренной профилактике столбняка?

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. Эпидемиология хирургического сепсиса и разнообразие входных ворот для инфекции на фоне снижения резистентности к ней согласно классическим представлениям.
2. Современные представления о патогенезе сепсиса и номенклатуре понятий согласно международному и отечественному консенсусам в гнойной хирургии.
3. Клинические фазы развития сепсиса, осложнения и причины летальности.
4. Принципы хирургического лечения сепсиса и программы комплексной интенсивной терапии в ОРИТ.
5. Этиология и патогенез столбняка.
6. Классификация столбняка.
7. Клинические проявления столбняка.
8. Ранняя диагностика столбняка.
9. Принципы комплексного лечения столбняка.
10. Специфические профилактические мероприятия столбняка.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

1. Облигатными анаэробами являются все микроорганизмы, кроме:

а) клостридий;
б) бактероидов;
в) пептострептококков;
г) кишечной палочки;
д) фузобактерий.

2. К ранним симптомам развития анаэробной инфекции в ране конечности относятся все, кроме:

а) распирающих болей в ране;
б) слабого редкого пульса;
в) увеличения объёма конечности (симптом «лигатуры»);
г) неадекватности поведения больного (эйфория);
д) высокой лихорадки.

3. Характерной особенностью газовой гангрены является развитие:

а) эксфолиативного дерматита;
б) целлюлита;

в) некротизирующего фасцита;
г) мионекроза;
д) остеомиелита.

4. Вид раны при классической форме газовой гангрены:

а) гнойная с обилием грануляций;
б) чистая с обилием грануляций;
в) атоничная без признаков воспаления с обширными некрозами;
г) с фибринозным налётом;
д) с выраженным перифокальным воспалением.

5. Каковы признаки развития гнилостной инфекции в ране?

1) ихорозный запах;
2) отсутствие грануляций;
3) серый цвет эксудата;
4) обилие некротических тканей в ране;
5) мышцы, имеющие вид варёного мяса;
6) обильное гнойное отделяемое.

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

6. К неклостридиальной анаэробной микрофлоре относятся:

1) фузобактерии;
2) пептострептококки;
3) стрептококки;
4) протей;
5) стафилококки;
6) эубактеры;
7) пептококки.

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

7. При развитии клостридиальной анаэробной инфекции используют следующие виды хирургического лечения:

1) дренирование гнойника;
2) широкое рассечение раны;
3) рассечение фасциальных футляров;
4) ампутации с рассечением культи;
5) ампутации с наложением жгута и ушиванием культи.

Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 3, 5;

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

8. Радикальным способом хирургического лечения газовой гангрены является:

а) широкое рассечение раны и переливание противогангренозной сыворотки;
б) лампасные разрезы с ирригацией ран перекисью водорода;
в) ГБО и этапные некрэктомии;
г) высокая ампутация конечности гильотинным способом.
д) вскрытие и дренирование флегмоны из контраппертур.

9. При комплексном лечении газовой гангрены используют:

1) иссечение некротизированных тканей;
2) максимально широкое лампасное рассечение тканей;
3) антибактериальную монотерапию;
4) дезинтоксикационную инфузионную терапию;
5) гипербарическую оксигенацию;
6) антибактериальную комбинированную терапию;
7) ИВЛ с миорелаксацией.

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

10. Неклостридиальные анаэробы являются компонентом нормальной микрофлоры слизистых всех органов, кроме:

а) полости рта;
б) гортани и трахеи;
в) ободочной кишки;
г) сводов влагалища;
д) прямой кишки.

11. Для неклостридиальных анаэробных флегмон характерно всё, кроме:

а) эндогенного пути заражения;
б) некротизирующего фасцита и целлюлита;
в) газообразования;
г) выраженного местного воспаления;
д) тяжёлой интоксикации.

12. Выберите эффективные препараты для лечения флегмон, вызываемых неклостридиальной анаэробной инфекцией:

1) метранидазол;
2) пенициллин;
3) клиндамицин (далацин С);
4) цефалоспорины;

5) ампициллин.

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

13. К местным признакам инфекционного раневого процесса, вызванного неклостридиальной анаэробной микрофлорой, относятся:

1) ткани раны серого цвета;
2) обильное количество грязно-серого, бурого отделяемого;
3) отсутствие некрозов;
4) обилие некротических тканей;
5) наличие ярко-розовых грануляций;
6) скопление в мягких тканях газа.

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

14. Оперативное пособие при гнилостной инфекции включает:

1) максимально широкое рассечение раны;
2) удаление некротизированной подкожной клетчатки;
3) рассечение фасциальных футляров;
4) удаление девитализированных мышц;
5) выворачивание и фиксация краев раны.

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

15. Установите типичную последовательность появления симптомов общего столбняка по алгоритму а – б – в – г – д:

1) скованность туловища и конечностей;
2) затруднения при глотании;
3) тризм жевательных мышц;
4) опистотонус;
5) судороги мимических мышц.

16. Лечение столбняка включает:

1) противостолбнячный иммуноглобулин;
2) антибиотикопрофилактику;
3) противостолбнячную сыворотку;
4) транквилизаторы и барбитураты;
5) миорелаксанты;
6) ИВЛ.

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

17. Неспецифическая профилактика столбняка заключается в:

а) наложении первичных швов на рану;
б) гипербарической оксигенации;
в) ранней ПХО раны с широким рассечением и дренированием;
г) проведении гемокарбосорбции;
д) ранней антибиотикотерапии.

18. Специфическая активно-пассивная профилактика столбняка проводится экстренно путём введения:

а) 1,0 СА с антибиотиками внутримышечно;
б) 1,0 СА с противосудорожными и миорелаксантами;
в) 3000 ед. ПСС подкожно с противосудорожными;
г) 1,0 СА в/м и 3000 ед. ПСС подкожно по Безредка;
д) 3000 ед. ПСС подкожно с антибиотиками.

19. Лучшим антитоксическим средством при столбняке является:

а) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин (ПСЧИ);
б) противостолбнячная сыворотка (ПСС);
в) столбнячный анатоксин (СА);
г) нормальный донорский гаммаглобулин;
д) свежезамороженная донорская плазма.

20. Гиперчувствительность пациента к белкам лошадинной сыворотки необходимо определять при введении ему:

а) ПСС;
б) антистафилококкового иммуноглобулина;
в) ПСЧИ;
г) столбнячного анатоксина;
д) донорского гаммаглобулина.

21. Основу хирургического лечения сепсиса составляет:

а) радикальная хирургическая обработка первичного очага;
б) применение протеолитических ферментов;
в) гипербарическая оксигенация;
г) тампонирование раны;
д) ушивание и дренирование раны.

22. Укажите средства экстракорпоральной детоксикации, используемые при сепсисе с ОПН:

а) гемосорбция;
б) лечебный плазмаферез;
в) гемоспленоперфузия;
г) УФО-модификация аутокрови;
д) все перечисленные.

23. Укажите основные направления в консервативном лечении сепсиса:

1) антибактериальная терапия;
2) контроль метаболизма;
3) детоксикация организма;
4) поддержание уровней макро- и микроциркуляции крови;
5) органотропная терапия.

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

24. Основные признаки бактериально-токсического шока:

1) высокая температура тела;
2) брадикардия;
3) ознобы;

4) падение артериального давления;
5) олигурия.

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

25. Выберите антибиотики для лечения сепсиса различной этиологии:

а) стрептококковый;	1) канамицин, гентамицин, гарамицин;
б) стафилококковый;	2) пенициллин, эритромицин, олеандомицин;
в) коли-сепсис;	3) цефалоспорины, полусинтетические пенициллины;
г) протейный;	4) гентамицин, карбенициллин, цефалоспорины, 3 генерации;
д) синегнойный;	5) цефалоспорины 2-3 генерации, гентамицин, амикацин.

26. Установите соответствие:

Препарат	Группа антибиотиков
а) гентамицин;	1) аминогликозиды;
б) эритромицин;	2) линкосамиды;
в) ванкомицин;	3) тетрациклины;
г) линкомицин;	4) пенициллины;
д) хлорамфеникол;	5) гликопептиды;
	6)макролиды.

27. Интракорпоральными методами детоксикации организма являются:

1) гемосрбция;
2) гиперволемическая гемодилюция;
3) форсированный диурез;
4) гемодиализ;
5) лечебный плазмоферез;
6) УФО-модификация крови;
7) гемоспленоперфузия.

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

28. Наиболее частыми причинами развития ДВС-синдрома являются:

1) наследуемый дефицит прокоагулянтов;
2) шоковое состояние;
3) тромбоцитопатии;
4) генерализованная инфекция;
5) передозировка антикоагулянтов.

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

29. При пневмококковом сепсисе пиемические отсевы чаще всего наблюдаются:

а) в лёгких;

б) в оболочках мозга;
в) в печени;
г) в почках;
д) в крупных суставах.

30. Входными воротами нозокомиального (больничного) сепсиса могут быть все перечисленные, кроме:

а) назогастрального зонда;
б) трахеостомы;
в) катетера в центральных венах;
г) постоянного мочевого катетера;
д) колостомы.

31. Признаками критического снижения температуры тела являются:

а) жалабы на сильную слабость и жажду;
б) бледность кожных покровов и холодный пот;
в) артериальная гипотензия;
г) частый нитевидный пульс;
д) все перечисленные.

32. Коррелируйте лечебные мероприятия при бактериально-токсическом шоке:

а) коррекция гемодинамики;	1) кристаллоиды, глюкоза, аминокислоты;
б) органотропная терапия;	2) реополиглюкин, гормоны, вазопрессоры, сердечные гликозиды;
в) парентеральное питание;	3) мочегонные, ингибиторы протеаз, гормоны, оксигенотерапия;
г) борьба с инфекцией;	4) антибиотики, антисептики, иммуноглобулины;
д) нормализация газообмена;	5) оксигенотерапия, ИВЛ.

33. Какой из перечисленных препаратов применяют для лечения кандидомикоза?

а) канамицин;
б) сульфален;
в) нистатин;
г) пенициллин;
д) доксициклин.

34. Определите средства иммунотерапии:

а) активной иммунизации;	1) левомизол, тималин, Т-активин;
б) пассивной иммунизации;	2) гипериммунная плазма, донорский гаммаглобулин, антистафилококковый иммуноглобулин, ПСС;
в) иммуномодуляторы;	3) стафилококковый анатоксин, СА, вакцины.

35. Укажите препараты для лечения ДВС-синдрома. Все, кроме:

а) свежезамороженная донорская плазма;
б) гепарин;
в) фибриноген;
г) эпсилонаминокапроновая кислота;
д) ингибиторы протеаз.

36. При септикопиемии показаны все лечебные мероприятия, кроме:

а) вскрытие и санация вторичных очагов;
б) переливание свежезамороженной плазмы;
в) комплексная антибактериальная терапия;
г) введение иммуносупрессантов;
д) искусственное и парентеральное питание.

37. Хрониосепсис следует дифференцировать с:

а) злокачественными опухолями;
б) хронической специфической инфекцией;
в) гемобластозами;
г) патомимией;
д) всем перечисленным выше.

38. Что способствует хронизации неспецифической хирургической инфекции?

а) нарушение иммунитета;
б) неадекватность дренирования гнойных очагов;
в) наличие в очаге инородных тел и мертвых тканей;
г) нарушение принципов рациональной антибактериальной терапии;
д) всё вышеуказанное.

39. К осложнениям сепсиса относят:

а) пневмонию;
б) бактериально-токсический шок;
в) кахексию;
г) геморрагии;
д) всё перечисленное.

40. Укажите основной критерий отличия начальной фазы сепсиса от синдрома гнойно-резорбтивной лихорадки при очаговой инфекции:

а) изменения в гемодинамике;
б) лейкоцитоз;
в) температурная кривая;
г) общее состояние больного;
д) клинический эффект после санации входных ворот.

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

4). Подготовить презентацию на тему «Септический шок», « Бешенство».

Рекомендуемая литература:

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.7: Заболевания периферических артерий и вен нижних конечностей

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.
способствовать формированию теоретических знаний и практических навыков по диагностике и хирургическому лечению острых и хронических заболеваний венозной системы.
Задачи:
- изучить причины развития синдрома острой артериальной недостаточности, определить различия тромбозов и тромбоэмболий, 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;
- изучить сухие и влажные формы ишемических некрозов мягких тканей (пролежни, трофические язвы, гангрены), тактику их консервативного и оперативного лечения.
- 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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

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) определение понятия нарушений венозного оттока и конкретизация причин их возникновения;

5) клинико-инструментальная диагностика острых и хронических нарушений венозного кровообращения;

6) показания к консервативному и оперативному лечению больных с острыми венозными тромбозами, тромбофлебитами, варикозной болезнью и посттромбофлебитическим синдромом;

7) жизнеугрожающие состояния (ТЭЛА) при флеботромбоза и их профилактика; реабилитация пролеченных больных и их диспансеризация.

2. Практическая подготовка

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.

Осмотр 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) Примеры задач 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 IIБ 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.

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

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 бедра. Контуры ее неровные, извитые. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали. Какой диагноз следует поставить на основании клиники и данных артериографии; Какое лечение показано больному?

3. На поликлинический прием к хирургу обратилась больная 27 лет, у которой около года назад появились умеренно расширенные поверхностныевены 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?

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:
- 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.
-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. 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 конечностяи 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 крвоообращение в конечности по магистальным 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) периартериальная 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 коьнечностей, в отличие от тромбоза, характерно всё перечисленное, кроме:

а) болеемолодого 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 пупартовой связкой;
б) отсутствия пульса на подколенной артерии;
в) усиления пульсации под пупартовой 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», и на тему «Глубокие венозные тромбозы. Клиника, диагностика, лечение, профилактика».

Рекомендуемая литература:
Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.8 Основы онкохирургии. Основы пластической хирургии и трансплантологии
Цель: научить студентов принципам диагностики и лечения опухолей как одного из распространенных видов заболеваний, требующих хирургического лечения.
Задачи:

1. Рассмотреть эпидемическую распространенность, медицинское и социальное значение заболеваемости опухолями, прежде всего злокачественной природы.
2. Изучить семиотику опухолей и синдромы, сопровождающие злокачественный их рост, развить онкологическую настороженность при установлении феномена tumor или +ткань.
3. Изучить клиническую классификацию злокачественных опухолей по критериям TNM, стадиям развития и учета в онкологической службе.
4. Ознакомить студентов с современными методами комплексного лечения опухолей.

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1) Что такое опухоли и какое место оно занимают в структуре хирургической патологии?
2) В чем сходство и различие истинных опухолей и опухолеподобных заболеваний?
3) укажите морфологические и клинические признаки злокачественности опухолей.
4) В чем практическая значимость международной и отечественной классификаций опухолей?
5) Методы топической диагностики опухолей наружной и внутренней локализации.
6) Особенности выполнения радикальных и паллиативных операций в онкологии с соблюдением принципов абластики и антибластики.
7) Комбинированное и комплексное лечение рака улучшает результаты лечения распространенных форм злокачественных опухолей.
8) Симптоматическое лечение запущенных форм заболеваний (IV стадия и группа учета) удел врачей общей практики и персонала хосписов.

2. Практическая подготовка

Задания выполняются студентами самостоятельно под руководством преподавателя согласно предложенным алгоритмам действий:

1) освоить на фантоме объективное исследование молочной железы с опухолью и метастазами в регионарные лимфоузлы N1 – N2
2) освоить на фантоме пальцевое исследование прямой кишки с опухолью (гиперплазией) предстательной железы
3) подобрать смотровые инструменты, иглы и щипцы для биопсий и помочь врачу в проведении исследований наружно-внутренних локализаций опухолей через естественные отверстия, обработать и направить в лабораторию биоптаты опухолей
4) готовить больных к проведению лучевых и эндоскопических исследований при опухолях глубоких внутренних локализаций промыванием желудка, слабительными, клизмами, уметь

прочитать результаты исследований на рентгенограммах легких, в протоколах УЗИ, лучевых исследований и ЯМРТ.

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

Больная , П.30 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие в левой молочной железе узла, который впервые обнаружила около 2-х лет назад. Узел медленно увеличивается.
При осмотре в верхнем наружном квадранте железы пальпаторно определяется округлое до 2-х см. в диаметре, плотное, малоболезненное, с гладкой поверхностью объёмное образование. Кожа над ним не изменена, подвижна. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.
Ваш предположительный диагноз?
1. Вероятнее всего у больной узловая мастопатия.
2. Эта форма дисгормональной гиперплазии молочной железы опасна тем, что может перейти в рак.
3. Женщине следует рекомендовать провести пункционную биопсию образования и в зависимости от результатов гистологического исследования пунктата провести радикальное оперативное лечение.

Задача для самостоятельного разбора на занятии:
Больной С.,65 лет, обратился к хирургу с жалобами на наличие в области волосистой части головы трёх округлых образований от 1 до 2 см. в диаметре, которые впервые обнаружил 3-4 года назад. Они медленно увеличиваются, имеют чёткие ровные контуры, безболезненны, плотноэластической консистенции, кожа над ними несмещаема.
Ваш диагноз и тактика?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

4) Ответить на вопросы для самоконтроля:

-В чем отличия добро- и злокачественных опухолей?
В чем суть международной и отечественной классификаций злокачественных опухолей?
-Оцените синдромы «малых признаков» и синдромы запущенности в онкологии.
-Перечислите спектр уточняющих исследований в онкологии для определения локализации внутренних опухолей и для получения биоптатов с целью морфологического подтверждения диагноза рака.
-Укажите принципы хирургического лечения добро- и злокачественных опухолей, расшифруйте понятия абластика и антибластика, резектабельность и операбельность в онкохирургической практике.
-Что такое адьювантные методы лечения в онкологии, комбинированное и комплексное лечение рака различных локализаций?
-Перечислите принципы симптоматического лечения злокачественных опухолей в IV стадии роста, роль врача общей практики и специалистов хосписа в лечении запущенных стадий болезни.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания с ответами):

1. Рак развивается из каких тканей?

а) незрелой соединительной ткани;
б) железистого или покровного эпителия;
в) кровеносных сосудов;
г) лимфатических узлов;
д) гладкой мышечной ткани.

2. К доброкачественным опухолям эпителиального происхождения не относятся:

а) папиллома;
б) полип;
в) атерома;
г) аденома;
д) дермоид.

3. Опухоль молочной железы диаметром 1,5 см с единичными увеличенными подвижными подмышечными лимфоузлами относится к стадии:

а) $T_1N_1M_0$;
б) $T_1N_0M_0$;
в) $T_2N_0M_0$;
г) $T_2N_1M_0$;
д) $T_3N_0M_0$.

4. Предраковыми заболеваниями желудка следует считать все, кроме:
а) хронического атрофического гастрита;
б) полипоза желудка;
в) каллезной язвы желудка;
г) лейомиомы желудка;
д) гигантского гиперпластического гастрита.

5. Какие из перечисленных утверждений относительно липомы верны?

1) локализуется в любой части тела, где есть жировая ткань;
2) характерна малигнизация;
3) лечение – простая эксцизия;
4) возникает в результате травмы;
5) обладает инвазивным ростом
5) Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1 и 3; б) 2 и 4; в) 1, 2, 3; г) 4, 5; д) все указанные.

6. Метастаз Вирхова (N_4) локализуется в:

а) печени;
б) малом тазу;
в) пупке;
г) прескаленном пространстве;
д) лёгких.

7. Основным методом уточнения диагноза центрального рака легких является:
а) флюорография;
б) томография легких;
в) компьютерная томография;
г) сканирование легких;
д) трахеобронхоскопия с биопсией.

8. В поликлинику онкологического диспансера обратилась женщина с жалобами на наличие плотного узла в верхнем наружном квадранте молочной железы. Какое исследование в первую очередь необходимо?
а) дуктография;
б) маммография;
в) пункционная биопсия;
г) лимфография;
д) термография молочной железы.

9. Какой диагностический метод наиболее информативен при подозрении на малигнизацию узлового зоба?

а) пункционная биопсия;
б) радиоизотопное исследование;
в) сцинтиграфия щитовидной железы;
г) УЗИ щитовидной железы;
д) КТ щитовидной железы.

10. Признаками неоперабельности при установлении рака лёгкого является:
1) синдром верхней полой вены;
2) пищеводно-трахеальный свищ;
3) метастазы в надключичные лимфоузлы;
4) синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм);
5) паралич возвратного нерва (осиплость голоса).
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 3, 4; б) 4, 5; в) 2, 3; г) 1, 2; д) всё перечисленное.

11. Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки зависит от:
1) локализации опухоли;
2) наличие или отсутствие осложнений (непроходимости);
3) общего состояния больного;
4) наличие отдалённых метастазов;
5) гистологического строения опухоли.
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 4; б) 1, 2, 3, 4; в) 2, 3, 4, 5; г) 1, 2, 4, 5; д) все ответы верны.

12. Свидетельство неоперабельности рака желудка является всё, кроме:

а) наличия метастаза Вирхова;
б) асцита и канцероматоза брюшины;
в) метастазов в печень;
г) ограниченного прорастания в обдочную кишку;
б) д) кахексии.

13. Наиболее раннюю диагностику рака желудка обеспечивает:
а) фиброгастроскопия;

б) установление синдрома «малых признаков»;
в) пальпация опухоли в эпигастрии;
г) рентгеноскопия желудка;
д) УЗИ брюшной полости.

14. При гастроскопии можно:
1) определить локализацию опухоли;
2) оценить поверхность опухоли;
3) установить стадию опухолевого процесса;
4) оценить состояние регионарных лимфоузлов;
5) оценить наличие или отсутствие изъязвлений.
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 3, 4; в) 1, 4, 5; г) 3, 5; д) 1, 2, 5.

5. При фиброаденоме молочной железы показана:
а) простая мастэктомия;
б) секторальная резекция железы;
в) ампутация молочной железы;
г) радикальная мастэктомия;
д) лучевая терапия.

16. Соотнесите результаты исследования биоптата метастаза Вирхова с возможной преимущественной локализацией первичной опухоли:

а) рак пищевода;	1) м-з светлоклеточного рака;
б) бронхогенный рак;	2) м-з овсяноклеточного рака;
в) гипернефроидный рак;	3) м-з аденокарциномы;
г) рак желудка;	4) м-з плоскоклеточного рака.

17. Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки является:

а) рентгенография кишечника по протяжению (после дачи бария per os);
б) ирригоскопия;
в) колоноскопия;
г) ректороманоскопия;
д) УЗИ брюшной полости.

18. Укажите лапароскопические признаки генерализации внутрибрюшной опухоли:
1) петехии на брюшине;
2) жидкость в брюшной полости;
3) просовидные высыпания на брюшине;
4) красная окраска печени и увеличение её;
5) бугристость печени.
7) Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2; б) 2, 3; в) 2, 3, 5; г) 2, 3, 4; д) 3, 4, 5.

19. Наиболее частой гистологической формой рака ЖКТ является:
а) аденокарцинома;
б) недифференцированный рак;
в) плоскоклеточный рак;
г) аденоакантома;
д) низкодифференцированный рак.

20. Задержка эвакуации из желудка характерна для обструктивного рака, локализующегося :
а) в пилорическом отделе;
б) в кардии;
в) в теле желудка;
г) на большой кривизне;
д) в своде желудка.

21. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:
а) дисфагия;
б) боль за грудиной и в спине;
в) срыгивание не переваренной пищей;
г) усиленное слюноотделение;
д) похудание.

22. Заболеванием, вызывающим острую задержку мочи, является:

а) аденома (гиперплазия) предстательной железы;
б) хроническая почечная недостаточность (ХПН);
в) острая почечная недостаточность (ОПН);
г) хронический цистит;
д) острый пилонефрит.

23. Абластика – это система мероприятий, направленных на:
а) предотвращение диссеминации раковых клеток во время операции;
б) уничтожение раковых клеток в ране и полости;
в) изоляцию онкобольного от окружающих;
г) профилактику заболевания раком среди медицинского персонала;
8) д) всё выше указанное.

4. Антибластика – это комплекс мероприятий, направленных на:
а) предотвращение диссеминации раковых клеток во время операции;
б) уничтожение раковых клеток в ране;
в) изоляцию онкобольного от окружающих;
г) профилактику заболевания раком среди медицинского персонала;
д) всё выше указанное.

25. Основным методом лечения рака лёгких является:
а) лучевая терапия;
б) химиотерапия;
в) гормонотерапия;
г) хирургическая операция;
д) эндоскопическая эксцизия.

26. Гастростомия как паллиативная операция показана при:
а) пилороспазме;
б) рубцово-язвенном стенозе привратника;
в) раке кардии IV стадии;
г) раке тела желудка II стадии;
д) пилороантральном раке IV стадии.

27. Радикальными операциями при раке желудка являются:

1) дистальная субтотальная резекция желудка;
2) проксимальная резекция желудка;
3) гастрэктомия;
4) комбинированная гастрэктомия;
5) расширенная гастрэктомия.
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1 и 3; в) 2 и 4; г) 4, 5; д) все указанные.

28. При раке главного бронха радикальным вмешательством будет:
а) лобэктомия;
б) пульмонэктомия;
в) билобэктомия;
г) резекция сегмента;
д) все операции не радикальны.

29. Больному раком желудка выполнена гастрэктомия с удалением сальников и лимфатического аппарата по обеим кривизнам и селезёнки в виду солитарного метастаза в ворота её одним блоком. Какой тип операции выполнен?
а) радикальная гастрэктомия;
б) расширенная гастрэктомия;
в) санитарная гастрэктомия;
г) комбинированная гастрэктомия;
д) паллиативная гастрэктомия.

30. Основным условием назначения химиотерапии при злокачественных опухолях является:
а) установление факта злокачественности;
б) невозможность хирургического лечения;
в) наличие отдалённых метастазов;
г) чувствительность опухоли к цитостатикам;
д) противопоказания к лучевому лечению.

31. Радикальными операциями при раке ободочной кишки являются:
1) правосторонняя гемиколэктомия;
2) резекция поперечно-ободочной кишки;
3) левосторонняя гемиколэктомия;
4) резекция сигмовидной кишки;
5) резекция илеоцекального угла.
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1 и 2; б) 1, 2, 3; в) 1, 3, 5; г) 2 и 4; д) 1, 2, 3, 4.
32. Какой из дополнительных (адьювантных) методов лечения рака молочной железы применяется чаще всего:

а) овариоэктомия;
б) химиотерапия;
в) гормонотерапия;
г) лучевая терапия;
д) иммунотерапия.

33. Для выявления метастатического распространения опухоли применяется:
1) ультразвуковое исследование;
2) лапароскопия;
3) ректороманоскопия;

4) рентген исследование;
5) изотопная сцинтиграфия;
6) компьютерная томография;
7) гастродуоденоскопия;
8) диафаноскопия.
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 5, 7; б) 1, 3; в) 6, 7, 8; г) 3, 4; д) 1, 2, 4, 5, 6.

34. Методом выбора в лечении меланомы кожи лица I стадии считается:
а) хирургический;
б) лазерный;
в) лучевой;
г) комбинированный;
д) химиотерапевтический.

35. Основным методом радикального лечения рака щитовидной железы является:
а) лучевой;
б) хирургический;
в) химиотерапевтический;
г) иммунотерапия;
д) гормонотерапия.

36. При операбельном периферическом раке лёгкого наиболее оправдана:
а) пульмонэктомия;
б) лобэктомия;
в) краевая резекция лёгкого;
г) сегментэктомия;
д) энуклеация опухоли.

37. Комбинированное лечение рака молочной железы последовательно включает:
а) хирургическое и лучевое лечение;
б) хирургическое и гормональное;
в) лучевое, хирургическое, химиотерапевтическое, иммунологическое;
г) лучевое, хирургическое, гормональное;
д) хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, гормональное.

38. Радикальной операцией при раке головки поджелудочной железы является:
а) резекция поджелудочной железы;
б) панкреатодуоденальная резекция (ПДР);
в) гастроэнтероанастомоз (ГЭС);
г) холецистоеюноанастомоз по Ру;
д) панкреатоэнтеростомия.

39. Операции выбора при раке слепой кишки в ранние сроки является:
а) правосторонняя гемиколэктомия;
б) наложение илиостомы;
в) наложение цекостомы;
г) наложение илиотрансверзоанастомоза;
д) колопроктэктомия.
40. Наиболее рациональным методом лечения рака прямой кишки является:
а) химиотерапия;
б) симптоматическое лечение;
в) лучевая терапия;

г) комбинированное лечение;
д) хирургическое вмешательство.

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

4. Подготовить презентацию «Первичный рак печени и успехи в его лечении»

Рекомендуемая литература:
Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского

					ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.9. Острый аппендицит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром аппендиците.

Задачи:

1) рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию острого аппендицита;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого аппендицита;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром аппендиците;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый аппендицит».
2) Значение острого аппендицита в разделе экстренной хирургии.
3) Модели развития острого аппендицита.
4) Варианты расположения червеобразного отростка.
5) Классификация острого аппендицита по МКБ, В.И. Колесову, В.С. Савельеву (2009).
6) Основные симптомы острого аппендицита: Кохера, Волковича, Кюммеля, Воскресенского, Ровзинга, Раздольского, Ситковского, Бартомье-Михельсона и др.
7) Дополнительные методы исследования при остром аппендиците.
8) Изменения лабораторных показателей и при остром аппендиците, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
9) Клинические особенности течения острого аппендицита при ретроцекальном, тазовом, межкишечном расположении червеобразного отростка.
10) Особенности острого аппендицита у лиц старшего возраста, детей, беременных.
11) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
12) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
13) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация аппендэктомии в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
14) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая подготовка

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым аппендицитом.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый аппендицит;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого аппендицита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области без иррадиации, учащенное мочеиспускание. Заболел 8 часов назад, когда появились постоянные ноющие боли в эпигастрии, тошнота. Была однократная рвота пищей, съеденной накануне. Через 6 часов от начала заболевания боли переместились в правую подвздошную область.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Температура тела 37,3ºС. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 80 уд/мин., ритмичный. АД-110/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, симметричен, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации умеренно напряжен и болезненный в правой подвздошной области и над лоном. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Контрольные вопросы.

1. Выделите основные синдромы.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Определите объем дополнительных исследований.
4. Лечебная тактика.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Основные синдромы:

а) ведущий синдром – болевой, который объединяет следующие симптомы: боли в правой подвздошной области постоянные ноющего характера, без иррадиации; положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, симптом Щеткина-Блюмберга сомнителен;

б) анамнестический синдром: заболевание началось 8 часов назад, характеризовалось превалирующими жалобами на боли в эпигастральной области, которые затем переместились в правую подвздошную область;

в) синдром диспепсии: тошнота, однократная рвота;

г) интоксикационно-воспалительный синдром: повышение температуры тела до 37,3ºС, обложенность налетом корня языка.

2. Клинико-анамнестические особенности ведущего болевого синдрома (фаза отраженных и локальных болей, локальные симптомы), сопутствующих ему воспалительного и диспепсического синдромов, указывают на признаки, характерные для острого аппендицита.

3. Для подтверждения диагноза и исключения заболеваний мочевыводящих путей необходимо провести лабораторное исследование общего анализа крови и мочи.

4. В данной ситуации у пациента выявлено острое хирургическое заболевание. Необходима экстренная госпитализация в хирургический стационар. С целью устранения очага воспаления и прогрессирования заболевания (развитие осложнений, угрожающих жизни больного) пациенту показано оперативное лечение в экстренном порядке (в ближайшие 2 часа от момента выявления заболевания). Необходимо назначить биохимическое исследование общеклинических параметров, исследование крови на RW, маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ, определение группы крови и резус-фактора, ЭКГ. Предоперационная подготовка должна проводиться по правилам подготовки пациента к экстренным операциям. Оперативное вмешательство планируется проводить под перидуральной анестезией, через локальный доступ в зоне расположения воспаленного аппендикса (доступ Волковича-Дьяконова).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больной К., 34 лет направлен из поликлиники в экстренное хирургическое отделение.

Из анамнеза: считает себя больным в течение 2-х дней, когда отметил появление болей тянущего характера в подложечной области, которые в последующем переместились в правую подвздошную область, была трехкратная рвота пищей. В течение этих дней боли не стихали, появилось повышение температуры до 37,8°С, поэтому обратился в участковому терапевту. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью ДПК, неоднократно лечился стационарно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык суховат, обложен белым налетом. В легких дыхание без хрипов. Ps – 82/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется локальная болезненность в правой подвздошной области, там же + симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные. Перистальтика не усилена. Стул был накануне дважды кашицеобразный. Мочеиспускание не нарушено.

В ОАК лейкоцитоз до $15x10^9$/л, ОАМ без патологии.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Характеристика эпонимных симптомов.
4. Назовите основные причины развития данного заболевания.
5. Тактика лечения данного больного.

Задача №2

Больная А., 28 лет поступила в ЭХО с жалобами на постоянные боли внизу живота, усиливающиеся при кашле, изменении положения тела, однократную рвоту.

Из анамнеза: больна в течение 8 часов, когда появилось чувство тяжести в околопупочной области, которое спустя некоторое время стихло, но начали беспокоить боли в нижних отделах живота. Была однократная рвота желчью, не приносящая облегчения. Бригадой СМП доставлена в ЭХО. При поступлении температура 37,4°С.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожа физиологической окраски. Язык влажный. В легких дыхание без хрипов. Ps – 78/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется болезненность в нижних отделах, больше в правой подвздошной области, где определяется ригидность мышц. Симптомы Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона +, Щеткина-Блюмберга -. Стул, диурез в норме.

В ОАК: эритроциты – $4x10^{12}$/л, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – $10x10^9$/л, ОАМ: лейкоциты – 2-3 п/зр.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для этого?
4. В чем заключается техника оперативного вмешательства при данной патологии?
5. Напишите лист врачебных назначений в послеоперационном периоде.

Задача №3

Больной Б., 22 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе, рвоту двухкратную пищей, слизью, повышение температуры до 38,5°С, задержку стула, газов в течение 2-х суток. Болен 3-е суток, когда появились боли в области желудка, которые постепенно переместились в правую подвздошную область, была рвота. За мед. помощью не обращался, принимал кеторол без значительного улучшения. Сегодня состояние ухудшилось: в течение последних 3-х часов боли усилились, распространились по всему животу.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа физиологической окраски, на ощупь горячая, покрыта потом. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов, ЧДД – 22/мин. Ps – 98/мин, ритмичный, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот подвздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации живот напряжен по правому флангу, в нижних отделах, где определяется + симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика неравномерная, ослаблена, «шума плеска» не выслушивается. Стул был 2 дня назад. Диурез не снижен.

В ОАК лейкоцитоз до $18x10^9$/л, ОАМ без патологии.

Ректальное исследование болезненное, определяется нависание передней стенки прямой кишки.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Причина возникновения осложнений у данного больного.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Особенности оперативного вмешательства в данной ситуации.
5. Основные принципы послеоперационного ведения больного.

Задача №4

Больной В., 26 лет поступил в состоянии средней степени тяжести с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры до 37,6°С.

Из анамнеза: болен течение 5-ти часов, когда внезапно появились резкие боли в эпигастральной области, которые позднее стали локализоваться в правой подвздошной области. Боли в эпигастрии спустя 2 часа уменьшились. В анамнезе язвенная болезнь ДПК.

Объективно: сознание ясное, положение вынужденной (согнувшись, сидя). Кожа физиологической окраски. Язык сухой. В легких дыхание без хрипов. Ps – 86/мин, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, ограниченно участвует в акте дыхания. В положении на спине боли усиливаются. При пальпации живот болезненный и напряженный в правой подвздошной области, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Раздольского, Ситковского, Воскресенского +.

В ОАК: эритроциты – $4,2x10^{12}$/л, гемоглобин – 150/л, лейкоциты – 13 х 10^9/л, ОАМ: лейкоциты – 0-1п/зр.

С диагнозом «острый аппендицит» больной взят на операцию. Доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, выявлен мутный выпот в большом количестве, париетальная брюшина слегка гиперемирована, червеобразный отросток и слепая кишка не изменены.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие ошибки допущены на дооперационном этапе в диагностике данной патологии?
3. Что необходимо сделать в данной ситуации?

Задача №5

Больной М., 27 лет обратился к хирургу в поликлинику с жалобами на боли в правой подвздошной, поясничной областях, повторную рвоту, учащенное мочеиспускание. Болен в течение 1

суток, когда появились вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно принимал но-шпу с незначительным эффектом. Подобные явления возникли впервые.

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, правильного телосложения. Со стороны органов сердечно-сосудистой, легочной систем без патологии.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот не напряжен, безболезненный. При глубокой пальпации определяется болезненность в подвздошной области, мезогастрии справа. Симптомы Раздольского, Бартомье-Михельсона сомнительны, Щеткина-Блюмберга – . Пальпация правой поясничной области, треугольника Пти несколько болезненна, симптом поколачивания поясничной области справа положительный.

ОАК: эритроциты – $3{,}9x10^{12}$/л, гемоглобин – 145/л, лейкоциты – $12x10^{9}$/л, ОАМ: лейкоциты – 3-4, эритроциты – 1-2 п/зр.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза?
4. Особенности хирургической тактики.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Определение, эпидемиология острого аппендицита.
2) Причины и условия, основные теории возникновения, патогенез острого аппендицита.
3) Современные принципы классификации острого аппендицита.
4) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого аппендицита.
5) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.
6) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого аппендицита.
7) Принципы дифференции патологии внутренних органов с острым аппендицитом.
8) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
9) Маршрутизация пациентов с подозрением на острый аппендицит.
10) Современные подходы к хирургическому лечению острого аппендицита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции; направления предоперационной подготовки.
11) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.
12) Принципы ведения послеоперационного периода.
13) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым аппендицитом.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Клинические симптомы острого аппендицита:

1 симптом Бартомье-Михельсона

2 симптом Спижарного
3 симптом Ортнера
4 симптом Раздольского
5 симптом Ровзинга

Вопрос №2

К развитию острого аппендицита приводят:
1 обтурация каловым камнем
2 глистная инвазия
3 закупорка инородными телами
4 перекрут аппендикса
5 травма червеобразного отростка

Вопрос №3

Оперативное вмешательство при неосложненном течении острого аппендицита выполняется через доступы:
1 Волковича-Дьяконова
2 Шпренгеля
3 нижне-срединная лапаротомия
4 Бергмана-Израеля
5 пункционно под контролем УЗИ

Вопрос №4

Начало развития острого аппендицита характеризуется:
1 болями в эпигастральной области
2 болями в животе неопределенной локализации
3 неукротимой рвотой
4 симптомом Щеткина-Блюмберга
5 болезненностью тазовой брюшины при ректальном исследовании

Вопрос №5

Симптомами гангренозного аппендицита являются:
1 «доскообразный» живот
2 внезапное усиление болей в правой подвздошной области
3 уменьшение болевых ощущений
4 тахикардия
5 симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	1, 4, 5	1, 2, 3	1, 2	1, 2	3, 4, 5

Рекомендуемая литература:

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.10 Перитонит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике острого перитонита.

Задачи:

1) рассмотреть определение, распространенность острого перитонита;
2) изучить причины, патогенез, классификацию острого перитонита;
3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого перитонита;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить принципы профилактики развития острого перитонита.

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый перитонит».
2) Значение острого перитонита в разделе экстренной хирургии.
3) Причины и механизмы развития острого перитонита.
4) Основные патогенетические процессы, развивающиеся при остром перитоните.
5) Современная классификация острого перитонита.
6) Основные клинические симптомы острого перитонита.
7) Характеристика синдрома системной воспалительной реакции.
8) Алгоритм дополнительной диагностики острого перитонита. методы исследования при остром аппендиците.
9) Изменения лабораторных показателей и при остром перитоните

10) Инструментальные критерии острого перитонита.

11) Клинические особенности течения острого перитонита в зависимости от причины и распространенности.

12) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.

13) Профилактика развития острого перитонита.

2. Практическая подготовка

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым перитонитом (при наличии).

2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения острого перитонита;

2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого перитонита, составлению плана диагностических мероприятий.

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лабораторное и инструментальное обследование (перечислить необходимые диагностические мероприятия).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной В., 28 лет (вес 70 кг, рост 180 см) поступил с жалобами на сильные боли по всему животу, тошноту, вздутие живота, общую слабость, сердцебиение, постоянную жажду.

Болен в течение 36 часов. Накануне утром внезапно появились боли в эпигастрии. Самостоятельно вызывал рвоту, облегчения после которой не отмечал. Врач «Скорой помощи» ввел больному но-шпу и анальгин, после чего боли в животе несколько уменьшились. Ночью состояние ухудшилось, боли усилились и распространились по всему животу, появилось вздутие живота. Утром был вызван участковый врач, больной направлен в экстренное хирургическое отделение.

Ранее заболеваний желудка и кишечника не отмечает. Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию. Травм не было. У отца – язвенная болезнь ДПК. Курит с 18 лет. Работает водителем на междугородних маршрутах.

При объективном обследовании - состояние тяжелое. Температура тела 37,5ºС. Язык сухой, обложен белым налетом. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, ритмичный, АД – 90/50 мм.рт.ст. В легких ослабленное везикулярное дыхание в нижних отделах, частота дыханий – 26 в минуту. Живот вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность во всех отделах живота. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечника шумы не выслушиваются. Стул и газы не отходят. Мочеиспускание не нарушено, мочи около 400 мл в сутки.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся клинической ситуации.
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. План дополнительной диагностики.
4. Определите определяющий метод диагностики, ожидаемые результаты при его проведении.
5. Профилактика данного заболевания.

Алгоритм разбора задачи.

1) Перфорация гастродуоденальной язвы.

2) Язвенная болезнь, впервые выявленная, осложненная перфорацией. Острый разлитой перитонит с септическим шоком (как вариант - терминальная стадия, декомпенсация (гнойная токсемия, паралитическая кишечная непроходимость, дегидратация тяжелой степени, декомпенсированный метаболический ацидоз).

3) Общий анализ крови и мочи, биохимические параметры крови: общий белок, билирубин, мочевина, креатинин, амилаза, сахар, электролиты (К+, Na+, Cl-), кщс. Анализ крови на RW. Параметры свертывающей системы (протромбин, МНО, АЧТВ), группа крови, резус-фактор. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.

4) Обзорная рентгенография органов брюшной полости – положительный симптом Жобера (наличие свободного газа под куполом диафрагмы).

5) Отказ от курения, своевременное прохождение профилактических медицинских осмотров, режим питания (кратность, сбалансированность), избегание стрессовых ситуаций.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больная В., 38 лет поступила в стационар через 3 суток с момента заболевания. Заболевание началось с появления болей по всему животу, позднее локализовались в правой подвздошной области, За медицинской помощью не обращалась. С течением времени боли уменьшились, носили тупой постоянный характер. Отмечала повышение температуры до 37,6°С. Ухудшение состояния в течение последних 6 часов: боли усилилась, распространились по всему животу, стало трудно дышать.

Объективно: состояние тяжелое. В контакт вступает, ориентирована в месте, времени, себе. Беспокойна, часто меняет место положения, стонет от боли. Кожа бледноватая, теплая. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 98/мин, АД – 90/70 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации живот напряжен, резко болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Печень, желчный пузырь не пальпируются из-за мышечного напряжения. Перкуторно свободного газа, жидкости не определяется. Перистальтика вялая, «шума плеска» не определяется. Температура при поступлении 38,6°С.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Перечислите необходимые дополнительные диагностические мероприятия.

Задача №2.

Больной Ф., 33 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, однократную рвоту желчью, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания выявлено, что в течение 1 недели отмечает появление периодических болей в верхних отделах живота, которые возникали чаще ночью, проходили после приема пищи через 1,5-2 часа. Ухудшение состояния отмечает в течение 12 часов, когда отметила появление резких болей в верхних отделах живота. Подобные явления впервые

Объективно: состояние тяжелое. Не может лечь, стоит на корточках. Кожа бледноватая, теплая. Язык суховат. Дыхание без хрипов, проводится во все отделы с частотой 18 в минуту. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД – 110/80 мм рт. ст. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше по правому флангу. Во всех отделах определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно край печени не определяется. Перистальтика выслушивается.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Перечислите основные диагностические мероприятия.
4. Ожидаемые результаты исследований.
5. Профилактика возникшей ситуации.

Задача №3.

Больной У., 32 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в животе с иррадиацией в надплечья, усиливающиеся при смене местоположения, дыхании, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда начали беспокоить периодические боли в верхних отделах живота, там же чувство тяжести. До этого в течение 1 месяца лечился стационарно с диагнозом: острый стерильный панкреонекроз с формированием псевдокисты тела и хвоста поджелудочной железы. Неоднократно осматривался хирургом, выполнялось УЗИ. По данным последнего УЗИ (около 1 месяца назад): псевдокиста в проекции тела и хвоста поджелудочной железы напряжена, размерами 120х100х80 мм общим объемом около 1000 см³, стенка 2 мм. Назначена госпитализация для планового оперативного лечения через 1 месяц. Ухудшение состояния в течение 2 часов, когда после падения на живот появились вышеперечисленные жалобы.

При поступлении состояние тяжелое. Вступает в контакт. Лежит на боку с приведенными к животу ногами. Пониженного питания. Кожные покровы бледные. Язык покрыт белым налетом. Дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, частота дыхания – 24 в минуту. Пульс – 102 удара в минуту, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации болезненность и ригидность во всех отделах. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах. При перкуссии в отлогих местах притупление. Перистальтика кишечника неравномерная. Симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул был сутки назад.

Контрольные вопросы.

1. Причины развившейся ситуации.
2. Ваш диагноз.

3. Дополнительные методы обследования

4. Дифференциальная диагностика.

Задача №4.

Больной Ф. 66 лет был доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли по всему животу, многократную рвоту.

В течение 3 лет страдает паховой грыжей справа. Около 12 часов назад после поднятия тяжести возникли резкие боли в области грыжевого выпячивания, грыжа перестала вправляться, появилась рвота. Самостоятельно вправил грыжу, что сопровождалось резкими болями в области грыжи. Спустя 1 час появились боли в животе, рвота повторялась. В течение этого времени боли нарастали, распространились по всему животу. Доставлен в стационар машиной скорой помощи.

Состояние тяжелое. Кожа бледноватая. Язык сухой, обложен коричневым налетом. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации болезненный, ригидный во всех отделах, больше в нижних. Симптомы раздражения брюшины положительные. Так же положителен симптом Спижарного. Аускультативно в нижних отделах – определяется «шум плеска». В правой половине мошонки в грыжевом мешке определяется жидкостное образование, расширение наружного пахового кольца до 3 см.

При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пустая, новообразований не пальпируется, нависание передней стенки прямой кишки, исследование болезненное.

Контрольные вопросы

1. Причины возникшей ситуации.

2. Сформулируйте диагноз.

2. Дифференциальная диагностика.

3. Дополнительные методы обследования.

5. Профилактика развившейся ситуации.

Задача №5.

Больная Н., 84 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе, вздутие живота, рвоту кишечным содержимым, задержку стула, газов, слабость, недомогание, отсутствие аппетита.

Из анамнеза. 3 года назад в онкодиспансере установлен диагноз рака сигмовидной кишки без выявленных метастазов (выполнена ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, гистологически - высокодифференцированная аденокарцинома). От предложенной операции отказалась. В течение этого времени периодически беспокоят боли в животе, стул бывает после клизмы. Ухудшение состояния в течение суток: боли по всему животу, появилась рвота пищей. В течение последних 6 часов боли приняли интенсивный характер, рвота стала носить каловый характер. Стула не было 3 суток, постановка клизмы эффекта не принесла.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании, контактна, адекватна. Положение вынужденное (сидя согнувшись). Пониженного питания, тургор кожи снижен. Кожа бледная, теплая. Язык суховат. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Пульс – 98 ударов в минуту, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот симметрично подвздут, левая половина отстает в акте дыхания. При пальпации живот болезненный, напряженный в левой половине, в остальных отделах мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в левых отделах. Печень, желчный пузырь не пальпируются. Пульсация брюшного отдела аорты отчетливая. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, определяется «шум плеска» над всей поверхностью живота.

При ректальном исследовании образований в прямой кишке не определяется, передняя стенка нависает, ампула прямой кишки пустая, анальный сфинктер зияет, исследование резко болезненное.

Контрольные вопросы.

1. Причины возникшей ситуации.

2. Сформулируйте диагноз.

3. Дифференциальная диагностика.

4. Дополнительные методы обследования.

5. Профилактика развившейся ситуации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Анатомо-физиологические особенности брюшины.

2) Определение острого перитонита.

3) Причины, патогенез острого перитонита.

4) Современные принципы классификации острого перитонита.

5) Особенности жалоб и анамнеза заболевания в диагностике острого перитонита.

6) Значение эпонимной симптоматики для установления диагноза.

7) Показания к дополнительной диагностике. Лабораторно-инструментальные критерии острого перитонита.

8) Показания к инвазивной диагностике, способы выполнения.

9) Принципы дифференции патологии внутренних органов с острым перитонитом.

10) Профилактика развития острого перитонита.

11) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым перитонитом.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается при:

1 туберкулезном перитоните

2 жировом панкреонекрозе

3 желудочно-кишечном кровотечении

4 перекрученной кисте яичника

5 некрозе участка кишки

Вопрос №2

Вторичный перитонит возникает вследствие:

1 неизвестных факторов

2 острого панкреатита

3 ВИЧ-инфекции

4 острого аппендицита

5 острой кишечной непроходимости

Вопрос №3

По происхождению выделяют следующие разновидности перитонита:

1 Спонтанный
2 Первичный
3 Третичный
4 Идиопатический
5 Вторичный

Вопрос №4

Для поздней стадии перитонита характерно:

1 вздутие живота
2 Обезвоживание
3 исчезновение кишечных шумов
4 Полиурия
5 усиленной перистальтики

Вопрос №5

Абсолютными симптомами перфорации полого органа являются:

1 притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости
2 отсутствие перистальтических шумов
3 симптом «серпа»
4 положительные симптомы раздражения брюшины
5 отсутствие печеночной тупости

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	4, 5	2, 4, 5	2, 3, 5	1, 2, 3	3, 5

Рекомендуемая литература:

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант сту-

					дента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.11: Острый панкреатит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при остром панкреатите.

Задачи:

1) рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию острого панкреатита;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острого панкреатита;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при остром панкреатите;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению панкреатита;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «острый панкреатит».
2) Значение острого панкреатита в разделе экстренной хирургии.
3) Модели развития, патогенез острого панкреатита.
4) Современные подходы к классификации острого панкреатита.
5) Основные клинические симптомы острого панкреатита: Воскресенского, Джанелидзе, Дежардена, Кача, Кертэ, Мейо-Робсона, и др.
6) Дополнительные методы исследования при остром панкреатите.
7) Изменения лабораторных показателей и при остром панкреатите, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
8) Основные дифференциальные критерии с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.
9) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
10) Показания к консервативному лечению, принципы и направления фармакотерапии.
11) Оперативное лечение острого аппендицита: классификация операций в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.
12) Профилактика острого панкреатита.

2. Практическая подготовка

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острым панкреатитом (при наличии).

2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

   а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
   б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый панкреатит;
2. Отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого панкреатита, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Решить ситуационные задачи

2) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной К., 47 лет, при поступлении в хирургическое отделение предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения, вздутие живота.

Из анамнеза выяснено, что заболел 7 часов назад после употребления спиртных напитков.

При поступлении был в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре кожа и склеры физиологической окраски. Дыхание в легких проводится во все отделы с частотой 24 в минуту. Пульс – 96 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвовал равномерно. При пальпации выявлена умеренная болезненность и ригидность в эпигастрии. Печень и желчный пузырь пальпировать не удавалось, пульсация брюшной аорты не определялась из-за ригидности мышц, перитонеальные симптомы не отчетливы. В анализах крови выявлена амилаземия. Проводилось консервативное лечение.

Через 1 неделю на фоне лечения болевой синдром полностью купирован, отмечено снижение активности амилазы в крови до нижних границ нормы, при УЗИ патологии не выявлено.

Контрольные вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Определите диагностическую тактику при госпитализации пациента.

3. Основные направления лечения пациента.

4. Признаки патологии при ультразвуковом исследовании.

Рекомендации при выписке из стационара.

Алгоритм разбора:

1. Острый отечный панкреатит.

2. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (определение амилазы, липазы, СРБ, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, ВЭБ и КЩС), УЗИ желчных путей и поджелудочной железы.

3. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия (в т.ч. с использованием метода «форсированного диуреза»), антисекреторная терапия (препараты сандостатинового ряда, ингибиторы протонной помпы), симптоматическая терапия (спазмолитики, прокинетики).

4. Увеличение размеров поджелудочной железы, повышение эхогенности паренхимы поджелудочной железы.

5. Строгое соблюдение диеты (исключение жирной, жареной пищи, специй, алкогольных напитков), наблюдение терапевтом с контролем биохимических показателей сахара крови (сахарная кривая и гликозилированный гемоглобин по показаниям), СРБ, копрограмма, контроль УЗИ через 1,6 месяцев после выписки из стационара, по показаниям контрольный осмотр хирургом.

4) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больная 58 лет, при вызове на дом участковому терапевту предъявляет жалобы на боли в эпигастрии, интенсивные, опоясывающего характера, повторную рвоту слизью и желчью, не приносящую облегчения, общую слабость, сердцебиение. Больна в течение 3 дней, когда после погрешностей в диете появились боли в правом подреберье. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Была рвота с примесью желчи. Через сутки боли стали интенсивными, приобрели опоясывающий характер.

Из анамнеза: 2 года назад обследована терапевтом по поводу болей в правом подреберье, менее интенсивных, купирующихся спазмолитиками. На УЗИ выявлены камни в желчном пузыре. От предложенной операции отказалась. Страдает гипертонической болезнью.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Пульс – 88 ударов в минуту. АД – 160/90 мм.рт.ст. Температура тела 37,2^{O}С. Склеры и кожные покровы обычной окраски. Язык покрыт белым налетом, суховат. Живот вздут, болезненный в верхней половине, особенно в эпигастрии, где определяется ригидность мышц. Пульсация брюшной аорты не определяется. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Мейо-Робсона, Ортнера, Кера положительные.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.

2. Причина заболевания.

3. Трактовка эпонимной симптоматики.

4. Дифференциальная диагностика.

5. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта

Задача №2.

У больного 33 лет, злоупотребляющего алкоголем, сутки назад появилась резкая опоясывающая боль в верхней половине живота, многократная рвота с примесью желчи, не приносящая облегчения, общая слабость. Приемом спазмолитиков и анальгетиков боли не купировались. Подобные явления отмечает впервые. Бригадой скорой помощи доставлен в хирургическое отделение.

При поступлении состояние тяжелое. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 100/60 мм рт.ст. Температура тела 36,8^{O}С. Верхние отделы живота в акте дыхания не участвуют. При пальпации в эпигастральной области отмечается резкая болезненность и ригидность. При перкуссии – высокий тимпанит над поперечно-ободочной кишкой. Перистальтика резко ослаблена. Положительные симптомы Воскресенского, Мейо- Робсона, Щеткина-Блюмберга. Мочеиспускание не нарушено, диурез снижен.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. План лабораторно-инструментальной диагностики.
4. Лечебная тактика.
5. Принципы консервативной терапии.

Задача №3.

Больной К., 47 лет при вызове участкового терапевта предъявляет жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Заболел остро 2 суток назад после употребления маринованных грибов.

Ориентирован в пространстве и времени. При осмотре отмечается акроцианоз. Язык сухой, чистый. Частота дыхательных движений – 28 в минуту. Пульс – 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД – 110/60 мм.рт.ст. Живот был мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, больше в левом подреберье, перитонеальные симптомы не отчетливы.

Контрольные вопросы

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Перечислите дальнейшие действия врача первичного звена.
3. Сформулируйте план диагностических мероприятий на госпитальном этапе.
4. Хирургическая тактика.
5. Принципы консервативного лечения.

Задача №4

Больной Р. 32 лет поступил в приемное отделение хирургического стационара с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, вздутие живота, тошноту, общую слабость.

Боли появились 3 дня назад после употребления жирной пищи и алкоголя. Дважды была рвота пищей, не приносящая облегчения. После приема баралгина эффекта не отмечал. Интенсивность болей нарастала. Обратился к участковому терапевту, было назначено обследование желудка. На 3 день от начала заболевания вызвал бригаду скорой помощи на фоне нарастания симптоматики, был доставлен в экстренный хирургический стационар. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит.

При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык покрыт бе-

лым налетом. Пульс – 92 ударов в минуту. Живот симметричный. При пальпации в эпигастрии и в левом подреберье определяется болезненность и ригидность. При перкуссии в верхних отделах живота – тимпанит. Перистальтика кишечника неравномерная, в верхних отделах резонирующая. Пульсация брыжеечной аорты не определяется. Симптомы Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. В течение 20 часов консервативная терапия эффекта не дала: боли сохраняются, появился положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выполнена диагностическая лапароскопия, обнаружены очаги стеатонекроза, серозный выпот, гиперемия и отечность париетальной и висцеральной брюшины по левому флангу живота.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Перечислите дополнительные методы обследования, необходимые для диагностики заболевания.
4. Дифференциальная диагностика при госпитализации.
5. Определите дальнейшую лечебную тактику.

Задача №5.

Больная М. 56 лет поступила в клинику с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в поясницу, многократную рвоту съеденной пищей и желчью, не приносящую облегчения, повышение температуры тела до 37,2^{O}С. Боли появились сутки назад после употребления жареной пищи. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. В анамнезе желчнокаменная болезнь, артериальная гипертензия.

Бригадой скорой помощи была доставлена в хирургический стационар, где спустя 3 суток после купирования желчной колики и явлений воспаления была прооперирована по поводу калькулезного холецистита. Выполнена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. Назначено традиционное медикаментозное лечение.

Несмотря на проводимую инфузионную, противовоспалительную, антибактериальную терапию в течение 5 суток, послеоперационный период протекал тяжело. Сохранялись тупые боли в верхней половине живота, тошнота, упорная неукратимая рвота, которые уменьшались после введения обезболивающих средств. Нарастала тахикардия до 110-130 ударов в минуту, АД – 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 37,9^{o}С. Появилась иктеричность склер. Отмечалось резкое вздутие живота, отсутствие перистальтики, несмотря на проведение стимуляции кишечника. Симптом Щеткина-Блюмберга был сомнительный. Диурез снижен. По улавливающему дренажу – до 150 мл в сутки серозно-геморрагического отделяемого. В анализах крови: лейкоцитов -16,8х10^{9}/л, амилаза крови-512 ед/л, билирубин – 30 мкмоль/л за счет прямой фракции.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Причина заболевания.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебная тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы, факторы «защиты».

2) Определение понятия острого панкреатита, частота его встречаемости.

3) Этиопатогенез острого панкреатита, его «пусковые» механизмы.

4) Классификация острого панкреатита.

5) Клинические особенности фаз течения острого панкреатита.

6) Критерии патогенетической и индикаторной ферментативной диагностики панкреатита.

7) Морфологические формы острого панкреатита, критерии диагностики.

8) Критерии тяжести острого панкреатита.

9) Принципы консервативного лечения острого панкреатита.

10) Подходы к лечению болевого синдрома.

11) Особенности антибактериальной терапии панкреонекроза.

12) Современные подходы к хирургическому лечению острого панкреатита: показания, виды, оперативная техника, способы завершения операции.

13) Принципы адекватного интраоперационного дренирования в лечении острого панкреатита.

14) Способы афферентной терапии острого панкреатита.

15) Особенности клиники, диагностики, лечения билиарного панкреатита.

16) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.

17) Принципы ведения послеоперационного периода.

18) Особенности заполнения первичной медицинской документации у пациентов с острым панкреатитом.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Тяжесть панкреонекроза определяется:

1 высокими цифрами уровня амилазы крови
2 наличием полиорганной недостаточности
3 нарастанием прокальцитонина
4 выраженным болевым синдромом
5 повышением температуры

Вопрос №2

Морфологическими признаками отечного панкреатита являются:

1 увеличение размеров поджелудочной железы
2 сохранение дольчатой структуры
3 наличие очагов некроза парапанкреатической клетчатки
4 геморрагический выпот в брюшной полости
5 уменьшение размеров поджелудочной железы

Вопрос №3

При жировом панкреонекрозе могут наблюдаться:

1 многократная рвота
2 опоясывающие боли
3 симптом Мейо-Робсона
4 стеариновые пятна на коже передней брюшной стенки
5 симптом Бартомье-Михельсона

Вопрос №4

Диагностика острого панкреатита включает:

1 Целиакографию
2 УЗИ брюшной полости
3 рентгеноскопию желудка и ДПК бариевой смесью
4 Лапароскопию
5 компьютерную томографию

Вопрос №5

Для лечения острого панкреатита применяют:

1 Пантапразол
2 Варфарин
3 Диосмин
4 Сандостатин
5 Морфин

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	2, 3	1, 2	1, 2, 3	2, 4, 5	1, 4

Рекомендуемая литература:

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента

2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.12: Желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Острый холецистит

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при желчнокаменной болезни (далее ЖКБ) и остром холецистите, а также участию в оказании неотложной медицинской помощи.

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию ЖКБ;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики желчнокаменной болезни;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при различных вариантах течения желчнокаменной болезни;
5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению желчнокаменной болезни;
6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.
7) рассмотреть причины, патогенез, классификацию острого холецистита;
8) обучить методам его клинико-инструментальной диагностики;
9) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
10) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при развитии острого холецистита;
11) рассмотреть современные подходы к лечению;
12) изучить принципы ведения периоперационного периода

13) рассмотреть основные направления профилактики острого холецистита.

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия, классификация ЖКБ.
2) Хирургическая и функциональная анатомия желчных путей.
3) Физиология желчеотделения и коллоидная стабильность желчи.
4) Современные теории патогенеза ЖКБ.
5) Общие принципы диагностики и лечебной тактики в доклинические стадии ЖКБ.
6) Клиника, диагностика, лечение хронического калькулезного холецистита.
7) Общие принципы диагностики и лечения форм поражений протоковой системы при ЖКБ.
8) Критерии инструментальных методов диагностики ЖКБ.
9) Интраоперационные методы исследования желчных путей.

10) Виды операций при ЖКБ, показания и противопоказания к ним.

11) Способы завершения операции по поводу ЖКБ (виды и показания к ним).

12) Наружное дренирование желчных путей при ЖКБ (показания, виды, функции дренажей; сроки дренирования; правила установки и удаления дренажа).

13) Альтернативные методы лечения ЖКБ, прогноз результатов.

14) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

15) Профилактика ЖКБ.

16) Сущность понятия «острый холецистит».

17) Значение острого холецистита в разделе экстренной хирургии.

18) Модели развития острого холецистита.

19) Классификация острого холецистита по МКБ, Б.А. Королеву, В.С. Савельеву.

20) Основные симптомы острого холецистита: Ортнера, Кера, Мерфи, Образцова, Мюсси-Георгиевского, Елекера и др.

21) Дополнительные методы исследования при остром холецистите.

22) Изменения лабораторных показателей, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.

23) Основные дифференциальные критерии с другими заболеваниями.

24) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.

25) Консервативное лечение: показания, основные направления, применяемые препараты.

26) Оперативное лечение: показания, классификация холецистэктомий в зависимости от сроков, доступов, этапов. Способы завершения операции.

27) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

28) Профилактика острого холецистита.

2. Практическая подготовка

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с желчнокаменной болезнью.
2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).
3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной

тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

4. Клинический разбор пациента с острым холециститом (при наличии).

5. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

6. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с желчнокаменной болезнью;
б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях выявления ЖКБ;

2. Отработка практических навыков по определению составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

3. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острый холецистит;

в) отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики острого холецистита, составлению плана диагностических

4. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 62 лет жалуется на постоянные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39-39,5°С, чувством озноба, проливными потами.

Из анамнеза выяснено, что периодические боли в правом подреберье возникают после погрешностей в диете на протяжении 2 лет. 1 месяц назад при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре. За последний месяц болевые приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Ухудшение состояния в течение последних суток – рецидив болевого синдрома, появилась желтуха, лихорадка до 39,5°С в сопровождении озноба, повышенного потоотделения.

При обследовании живота выявлена болезненность в правом подреберье при глубокой пальпации. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Пульсация брюшной аорты отчетливая.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые диагностические мероприятия.
3. Сформулируйте основные положения лечебной тактики.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. На основании особенностей болевого синдрома (часто рецидивирующие боли в правом подреберье после погрешностей в диете, болезненность в правом подреберье при глубокой пальпации, отрицательные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга отрицательные), интоксикационно-воспалительного синдрома (повышение температуры тела до 39-39,5^{0}С, в сопровождении озноба, повышенного потоотделения), синдрома желтухи, анамнестического синдрома (ЖКБ в течение 1 месяца) возможно предположить о 5 стадии желчнокаменной болезни – ЖКБ: хронический калькулезный холецистит, гнойный холангит.

2. Дополнительное исследование предполагает проведение общеклинических анализов крови и мочи, биохимических параметров крови: билирубин общий, прямой, аст, алт, щф, ггтп, СРБ; определения маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, коагулограммы, УЗИ исследование гепатопанкратобилиарной зоны.

3. Лечебная тактика предусматривает экстренное направление и госпитализацию в хирургический стационар; двигательный, пищевой покой; консервативное лечение (экстренная операция не показана вследствие отсутствия признаков острого перитонита): дезинтоксикационная, антибактериальная, противовоспалительная терапия.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 46 лет на приеме участковому терапевту предъявляет жалобы на интенсивные боли в правой половине живота постоянного характера, 2-х кратную рвоту желудочным содержимым, неприносящую облегчения.

Из анамнеза выяснено, что боли появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, принимала самостоятельно спазмолитические препараты без особого эффекта. За 3 часа до поступления боли в животе приняли интенсивный характер.

При обследовании живота выявлена болезненность и мышечный дефанс в правом подреберье, мезогастрии. Желчный пузырь из-за ригидности мышц пальпировать не удается. Пульсация брюшной аорты сохранена. Симптомы Ортнера, Кера положительные, симптом Щеткина-Блюмберга так же положителен в правой подреберной, мезогастральных областях.

Контрольные вопросы.

1. Клинические синдромы.
2. Установите диагноз, обоснуйте его.
3. Перечислите необходимые диагностические мероприятия.

4. Определите дальнейшие действия участкового терапевта.

5. Сформулируйте основные положения лечебной тактики на уровне стационара.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. а) болевой синдром: интенсивные боли в правой половине живота постоянного характера, некупирующиеся спазмолитиками, локальная болевая симптоматика: болезненность и мышечный дефанс в правом подреберье, мезогастрии, резко положительные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина-Блюмберга);

б) синдром диспепсии (повторная рвота желудочным содержимым);
в) клинико-анамнестический синдром (острое начало заболевания 2 дня назад, ухудшение состояния 3 часа назад)

2. Характеристики болевого синдрома с особенностями клинико-анамнестического синдрома позволяют говорить об остром деструктивном холецистите, осложненном перфорацией в свободную брюшную полость, местном перитоните.

3. Дополнительное исследование предполагает проведение общеклинических анализов крови и мочи, биохимических параметров крови: билирубин общий, прямой, аст, алт, щф, ггтп, α-амилазы, СРБ, электролитного состава (К+, Na+, Cl-); определения маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, коагулограммы, обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости; УЗИ исследование гепатопанкратобилиарной зоны.

4. Разъяснение информации о заболевании; вызов бригады скорой медицинской помощи «на себя»; оформление направления на госпитализацию в экстренном порядке в стационар хирургического профиля, занимающийся оказанием медицинской помощи экстренного характера; обеспечение двигательного, психоэмоционального, пищевого покоя.

5. Лечебная тактика предусматривает проведение оперативного вмешательства в экстренном порядке вследствие клинических признаков перитонита, развившегося вследствие перфорации желчного пузыря.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больная 53 лет, поступила в первые сутки от начала заболевания с жалобами на сильные боли в области правого подреберья, тошноту, рвоту. В течение года перенесла несколько подобных приступов, в том числе тяжелых.

При поступлении температура тела 39°С. Язык покрыт белым налетом. При осмотре выраженная желтушность склер и кожных покровов. Пульс – 115 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. При пальпации выявлено напряжение и резкая болезненность в правом подреберье и эпигастральной области. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В крови лейкоцитоз 14,6х10 ^{9}/л. Билирубин крови – 63 мкмоль/л, за счет прямой фракции. Протромбиновый индекс – 80%. Анализ мочи: реакция кислая, плотность 1022, число лейкоцитов – 1-3 в поле зрения, положительная реакция на уробилин и желчные пигменты. Общий белок 75,3 г/л.

Больной в течение 20 часов проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечено. Выполнена срочная операция. В брюшной полости небольшое количество желчного выпота. Пе-

чень увеличена, серовато-коричневого цвета, мягкая, с множеством рубцов под капсулой. Желчный пузырь 10х5х3 см, с утолщенной гиперемированной стенкой. Шейка пузыря в большом плотном инфильтрате. Пузырный проток не дифференцируется. Общий желчный проток расширен до 12 мм, напряжен, стенка его утолщена, двенадцатиперстная кишка не изменена.

Контрольные вопросы.

2. Ваш диагноз.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Принципы консервативной терапии, которая проводилась больной.
6. Методы интраоперационного обследования.
7. Дальнейшая хирургическая тактика.

Задача №2.

Больная 60 лет, поступила с жалобами на боли в правом подреберье, интенсивные, с иррадиацией в область сердца, повторную рвоту желчью, не приносящую облегчения, озноб. Боли в правом подреберье появились накануне после погрешностей в диете. Спазмолитики оказывали кратковременный эффект. Подобные болевые приступы, меньшей интенсивности, отмечает в течение 3 лет. Лечилась у терапевта по месту жительства по поводу хронического холецистита, не обследовалась. В анамнезе сахарный диабет.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Склеры, кожные покровы обычной окраски. Пульс 90 уд.в мин. Язык покрыт белым налетом. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный в правом подреберье, где пальпируется напряженный болезненный желчный пузырь. Печень у края реберной дуги. Перистальтика равномерная. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В крови повышено количество лейкоцитов$18x10^9$/ л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Возможные причины заболевания.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №3.

Больная, 62 лет, поступила с жалобами на умеренные боли в правом подреберье без иррадиации, желтуху.

Больна в течение 7 дней, когда после приема жареной пищи появились интенсивные боли в правом подреберье, рвота желчью. После приема спазмолитиков боли уменьшились. На следующий день отметила мочу темного цвета, желтушность склер. На 4 день от начала заболевания обратилась к участковому терапевту. Была консультирована инфекционистом. Направлена в экстренную хирургию. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит, гипертоническая болезнь.

Состояние средней тяжести. Температура тела 36,6 ^oC. Больная повышенного питания. Кожные покровы и склеры желтой окраски. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 84 ударов в минуту. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Печень у края реберной дуги. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мейо-Робсона, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Перистальтика равномерная.

В крови лейкоцитов - $6,0x10^9$/л. Билирубин общий – 212 мкмоль/л, прямой –160 мкмоль/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причина желтухи.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.
6. Варианты хирургического вмешательства.

Задача №4.

Больная 67 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли в правом

подреберье, без иррадиации, повторную рвоту желудочным содержимым, не приносящую облегчения.

Больна в течении 20 часов, когда после употребления жирной пищи появились боли в правом подреберье. Была 3 раза рвота, не приносящая облегчения. Темепартура тела повысилась до 38^{o}С. Вызвала машину “Скорой помощи”. После введения спазмолитиков боль не купировалась. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе хронический гастрит, хронический колит.

Состояние средней тяжести. Питание повышено. Кожные покровы и склеры обычной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс – 98 ударов в минуту. Живот симметричный, правая половина живота отстает в акте дыхания, при пальпации определяется напряжение и болезненность в правом подреберье. Перистальтика неравномерная, в правых отделах живота ослаблена. Симптомы Ортнера, Мерфи, Образцова, френикус-симптом положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в правой половине живота. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови отмечается повышение лейкоцитов до 12х10^{9}/л.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение развилось у больной?
3. Дополнительные методы обследования.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №5.

Больная 49 лет поступила с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую ключицу, тошноту, озноб, головные боли.

Боли появились 10 часов назад после погрешностей в диете. Прием но-шпы болей не купировал. Бригадой «Скорой помощи» была доставлена в отделение экстренной хирургии. Подобные боли, меньшей интенсивности, отмечает периодически в течение 2 лет. Ранее боли быстро купировались но-шпой. Страдает ожирением.

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,9^{o}С. Склеры желтой окраски. Язык покрыт белым налетом. Пульс – 98 ударов в минуту. Живот напряжен, резко болезненный в правом подреберье. Перистальтика равномерная, ослабленная. Симптомы Ортнера, Кера, Образцова, Мюсси-Георгиевского положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень перкуторно у края реберной дуги.

В анализах крови: лейкоциты – 13,4х10^{9}/л, билирубин – 82 мкмоль/л, за счет прямой фракции.

Больной в течение 1 суток проводилась консервативная терапия. Эффекта не отмечалось. Выполнена срочная операция. На операции выявлен флегмонозноизмененный желчный пузырь, холедох диаметром до 15 мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с примесью песка.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно было применить.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы интраоперационного исследования.

5. Дальнейшая хирургическая тактика.

Задача №6.

Больной В., 75 лет доставлен бригадой СМП с выраженным болевым синдромом (боли в животе с иррадиацией в правую половину шеи, ключицу, усиливаются при глубоком дыхании).

Болен в течение суток, когда появились боли в правом подреберье, за медицинской помощью не обращался. Ухудшение состояния в течение последнего часа- боли резко усилились, стали отдавать в правую половину шеи, ключицу, затруднение дыхания. Бригадой СМП доставлен в ЭХО. Ранее дважды перенес инфаркт миокарда.

Объективно: поведение беспокойное (часто меняет положение из-за болей), контактен, адекватен. Состояние средней степени тяжести, склеры и кожа физиологической окраски. Со стороны легких патологии не выявлено. Пульс – 86 ударов в минуту. АД – 40/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, правая половина ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации резкая болезненность и ригидность мышц в правом подреберье, мезогастрии. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается из-за выраженного мышечного напряжения. Там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно определяется притупление звука по правому флангу, границы печени не изменены. Перистальтика справа ослаблена, «шума плеска» не определяется.

Симптом поколачивания поясничной области отрицательный.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Тактика лечения.

Задача №7.

Больная З., 45 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту съеденной пищей, желчью, вздутие живота, потемнение мочи.

Из анамнеза. В течение последних 4-х лет периодически беспокоят боли в правом подреберье. Тогда же при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре 1-2 мм. В течение последнего года стали беспокоить приступообразные боли после погрешностей в диете, которые самостоятельно купировала приемом баралгина. Последний болевой приступ возник сутки назад, плохо купировались спазмолитиками. Ночь спала плохо из-за болей. Сегодня с утра заметила потемнение мочи, боли усилились, приняли опоясывающий характер, появилась рвота, вздутие живота.

Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное (сидя, согнувшись) Повышенного питания. Кожа, склеры иктеричны. Со стороны легких, сердца в пределах нормы. Живот увеличен в объеме за счет жировой клетчатки, симметричный, подвздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот болезненный в эпигастрии, правом подреберье, там же ригидность мышц. Печень, желчный пузырь пальпировать не удается. Пульсация брюшного отдела аорты не определяется. Поколачивание по подреберью, реберной дуге справа болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перкуторно свободной жидкости не выявлено. Перистальтика ослаблена в верхних отделах. Стула не было в течение последних суток, мочеиспускание не нарушено.

При исследовании ОАК: эритроциты – $4{,}6 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 174 г/л, лейкоциты – $15{,}4 \times 10^{9}$/л, в ОАМ: лейкоциты – 0-2 п/зр.

В биохимическом анализе крови: общий билирубин - 72,3 мкмоль/л, прямой - 52 мкмоль/л, α амилаза -1034 ед/л.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Причины возникшей ситуации.
3. С чем и какими методами необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Тактика хирурга.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

3) Сущность понятия, классификация ЖКБ.

4) Хирургическая и функциональная анатомия желчных путей.

5) Физиология желчеотделения и коллоидная стабильность желчи.

6) Современные теории патогенеза ЖКБ.

7) Общие принципы диагностики и лечебной тактики в доклинические стадии ЖКБ.

8) Клиника, диагностика, лечение хронического калькулезного холецистита.

9) Общие принципы диагностики и лечения форм поражений протоковой системы при ЖКБ.

10) Критерии инструментальных методов диагностики ЖКБ.

11) Интраоперационные методы исследования желчных путей.

12) Виды операций при ЖКБ, показания и противопоказания к ним.

13) Способы завершения операции по поводу ЖКБ (виды и показания к ним).

14) Наружное дренирование желчных путей при ЖКБ (показания, виды, функции дренажей; сроки дренирования; правила установки и удаления дренажа).

15) Альтернативные методы лечения ЖКБ, прогноз результатов.

16) Профилактика желчнокаменной болезни.

17) Сущность понятия, принципы классификации острого холецистита.

18) Особенности патогенеза острого калькулезного холецистита.

19) Особенности этиопатогенеза острого бескаменного холецистита.

20) Клиническая симптоматика острого холецистита.

21) Лабораторные и инструментальные методы диагностики острого холецистита.

22) Дифференциальная диагностика острого калькулезного холецистита с другими ургентными заболеваниями органов брюшной полости.

23) Принципы консервативного лечения при остром холецистите.

24) Основы купирования острой и хронической боли.

25) Особенности предоперационной подготовки больных острым холециститом с холангитом.

26) Показания и виды операций по срокам выполнения.

27) Особенности клинических проявлений, дополнительной диагностики и лечения осложнений острого холецистита.

28) Показания для наружного дренирования желчных путей, виды и функции дренажей.

29) Показания для внутреннего дренирования желчных путей, виды операций.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Оперативное вмешательство при наличии камней в холедохе завершают:

1 транспеченочным дренированием гепатикохоледоха
2 дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому
3 формированием холедоходуоденоанастомоза
4 формированием холецистоеюноанастомоза
5 резекцией холедоха

Вопрос №2

В случаях приступа желчной колики на фоне холецистолитиаза показано:

1 экстренная операция
2 консервативное лечение
3 плановая операция после купирования приступа
4 антиферментная терапия
5 лапароскопическая холецистостомия

Вопрос №3

Интраоперационная ревизия желчных путей предусматривает:

1 пальпацию холедоха
2 интраоперационную холангиографию
3 Холедохоскопию
4 внутривенное контрастирование желчных протоков
5 экспресс-диагностику литогенности желчи

Вопрос №4

Длительное существование камней во внепеченочных желчных протоках может приводить к развитию:

1 Перитонита
2 Холангита
3 язвенной болезни
4 абсцессов печени
5 подпеченочного абсцесса

Вопрос №5

Показаниями к интраоперационной ревизии желчных протоков являются:

1 перенесенный панкреатит
2 частые приступы желчных колик
3 признаки воспаления желчного пузыря
4 увеличение диаметра общего желчного протока
5 желтуха до операции

Вопрос №6

Срочная операция при остром холецистите проводится в случаях:

1 стихания болевого синдрома
2 отсутствия эффекта от консервативного лечения
3 появления желтухи
4 появления неукротимой рвоты
5 повышения температуры

Вопрос №7

Признаками острого холецистита при ультразвуковом исследовании являются:

1 увеличение размеров желчного пузыря
2 наличие камней в просвете желчного пузыря
3 увеличение головки поджелудочной железы
4 утолщение стенки желчного пузыря
5 увеличение внутреннего диаметра гепатикохоледоха

Вопрос №8

Основными признаками ферментативного холецистита являются:

1 увеличение желчного пузыря в размерах
2 стекловидный отек стенки желчного пузыря
3 наличие камней в просвете желчного пузыря
4 высокое содержание амилазы в желчи
5 высокая билирубинемия

Вопрос №9

Обтурационный деструктивный холецистит развивается вследствие:

1 фиксации камня в шейке желчного пузыря
2 обтурации пузырного протока
3 нарушения проходимости дистальной части холедоха
4 рефлюкса панкреатического сока
5 нарушения эвакуации из ДПК

Вопрос №10

Пациентам, перенесшим холецистэктомию, в послеоперационном периоде назначают:

1 Морфин
2 Кетопрофен
3 длительный постельный режим
4 Фраксипарин
Детралекс

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	2, 3	2, 3	1, 2, 3	2, 4	1, 4, 5

№ вопроса	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	2, 3	1, 4	2, 4	1, 2	2, 4

Рекомендуемая литература
Основное

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.13: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК). Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК).

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (далее ЯБЖ и ДПК). способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании неотложной медицинской помощи при осложненном течении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (далее ЯБЖ и ДПК).

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
2) обучить методам ее клинико-инструментальной диагностики;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику;
5) рассмотреть современные подходы к лечению.
6) рассмотреть причины, патогенез, классификацию осложнений язвенной болезни;
7) обучить методам их клинико-инструментальной диагностики;
8) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
9) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при осложненном течении язвенной болезни;
10) рассмотреть современные подходы к лечению;
11) изучить принципы ведения периоперационного периода
12) рассмотреть основные подходы к профилактике развития осложнений ЯБЖ и ДПК

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «язвенная болезнь».
2) Модели развития ЯБЖ и ДПК.
3) Классификация язвенной болезни.
4) Клиническая диагностика, характеристика основных клинических синдромов.
5) Дополнительные методы исследования.
6) Изменения лабораторных показателей, критерии постановки диагноза при инструментальной диагностике.
7) Основные дифференциальные критерии с другими заболеваниями.
8) Особенности лечебно-диагностической тактики на различных уровнях оказания медицинской помощи.
9) Консервативное лечение: показания, основные направления, применяемые препараты.
10) Оперативное лечение: показания, классификация хирургических вмешательств.
11) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.
12) Профилактика язвенной болезни, развития рецидивов.
13) Виды осложнений ЯБЖ и ДПК, частота их встречаемости.
14) Этиопатогенез перфорации гастродуоденальной язвы.
15) Классификация перфораций.
16) Клиническая симптоматика перфоративной язвы (основные и вспомогательные признаки Мондора); особенности клиники и течения, причины развития атипичных симптомов.
17) Алгоритм дополнительной и дифференциальной диагностики перфорации.
18) Хирургическая тактика: выбор операции при перфоративной язве; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

19) Этиопатогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений.

20) Классификация кровотечений.

21) Клиническая симптоматика кровоточащей язвы.

22) Алгоритм дополнительной и дифференциальной диагностики.

23) Хирургическая тактика: показания к консервативной терапии, принципы ее проведения; показания к оперативному лечению, выбор операции; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

24) Патогенетические особенности течения пилородуоденального стеноза.

25) Принципы классификации язвенных стенозов.

26) Критерии клинико-инструментальной диагностики язвенной болезни, осложненной стенозом.

27) Выбор лечебной тактики.

28) Показания и основные направления консервативного лечения пилородуоденальных стенозов.

29) Хирургическое лечение: виды, сроки, объемы оперативного вмешательства, принципы периоперационного ведения.

30) Особенности клинической и дополнительной диагностики пенетрации и малигнизации язв пилородуоденальной зоны.

31) Основные направления в их лечении.

2. Практическая подготовка

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с язвенной болезнью (при наличии).

2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприятия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

Выполнение практических заданий:

4. Клинический разбор пациента с осложненным течением язвенной болезни желудка и ДПК (при наличии).
5. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.
6. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования лечения, показания к оперативному лечению, мероприя-

тия предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика в случаях оказания хирургической помощи;

в) отработка практических навыков по определению клинической симптоматики язвенной болезни, составлению плана диагностических и лечебных мероприятий.

2 . Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;

б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на осложненную язвенную болезнь;

в) отработка практических навыков по определению эпонимной симптоматики, составлению плана диагностических и лечебных мероприятий

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 48 лет, поступил в экстренное хирургическое отделение с жалобами на общую слабость, головокружение, шум в ушах, рвоту черным желудочным содержимым. Сознание не терял. Подобные явления впервые возникли 2 часа назад. В течение последних 6 месяцев отмечает развитие периодических болей в верхних отделах живота через 1,5-2 часа после еды, чувство тяжести.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологичны. Язык влажный. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. АД – 130/70 мм рт.ст. При осмотре живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот мягкий безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При ФГДС выявлена язва на передней стенке луковицы ДПК диаметром 5 мм, покрытая вишневым сгустком.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Оцените эндоскопическую характеристику кровотечения.
3. Какие методы обследования необходимо провести.
4. Основные направления в лечении пациента.
5. Дальнейшая тактика лечения.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Язвенная болезнь ДПК с локализацией язвы на передней стенке луковицы, впервые выявленная, осложненная кровотечением.

2. Форрест IIB.

3. Общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови на: аст, алт, щф, общий белок, мочевина, креатинин, сахар, билирубин, α-амилаза; коагулограмма, группа крови и резус-фактор; маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ; анализ кала на реакцию Грегерсена.

4. При поступлении необходимо назначение консервативного лечения: инфузионная и гемостатическая терапия, ингибиторы протонной помпы, эрадикационная терапия, противорвотные препараты, эндоскопическая остановка кровотечения.

5. Дальнейшая тактика формируется после динамического осмотра пациента и проведения контрольной ФГДС. При возникновении рецидива кровотечения и ухудшении эндоскопической характеристики гемостаза по шкале Форреста показано оперативное лечение по жизненным показаниям. При отсутствии клинических признаков продолжающегося кровотечения и стабильности гемостаза необходимо продолжить консервативную терапию.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

Больной А., 22 лет доставлен в ЭХО бригадой СМП. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в животе постоянного характера с иррадиацией в правое плечо, лопатку.

Из анамнеза заболевания. Болен в течение 3-х часов, когда отметил появление резких болей в верхних отделах живота, которые позднее распространились по правому флангу. Ранее не обследовался, периодически в течение 2-х лет беспокоили изжоги, периодические боли в животе, которые возникали через 1,5-2 часа после приема пищи.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение вынужденное (сидя, согнувшись). Кожа бледноватая, теплая, покрыта потом. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Пульс – 84 удара в минуту, ритмичный, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, равномерно ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации определяется резкая болезненность и напряжение мышц правой половины живота, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перкуторно отмечается исчезновение печеночной тупости. Перистальтика ослаблена. Осмотр больного в положении лежа затруднен из-за выраженности болевого синдрома, частой смены положения тела.

В ОАК: лейкоциты – $17{,}4 \times 10^9$/л, эритроциты – $4{,}2 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 132 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 3-4 в поле зрения.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные диагностические мероприятия показаны данному больному?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Выберите оптимальный способ оперативного вмешательства.
5. Основные принципы послеоперационного ведения.

Задача №2.

Больная З., 63 лет поступила в ЭХО с жалобами на боли по всему животу, 1-кратную рвоту желчью, выраженную слабость.

Из анамнеза заболевания. В течение 3-х лет неоднократно лечилась амбулаторно и в стационаре по поводу язвенной болезни ДПК. Ухудшение состояния отмечает в течение 12 часов, когда отметила появление резких болей в верхних отделах живота. В течение этого времени за мед. помощью не обращалась, ухудшение состояния связывала с обострением язвенной болезни, самостоятельно принимала омез без существенного эффекта.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа физиологической окраски. Язык суховат. Со стороны легких изменений не выявлено. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный, АД –

140/80 мм рт. ст. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше по правому флангу. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. Перкуторно край печени не определяется. Перистальтика выслушивается.

В ОАК определяется лейкоцитоз до $16x10^9$/л.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости патологии не выявлено.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать данную патологию?
3. Перечислите основные причины данного заболевания.
4. Какая операция показана данной больной?
5. Перечислите основные направления послеоперационного лечения больной.

Задача №3.

Больной З., 25 лет поступил в ЭХО с жалобами на боли в животе.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 3-х часов, когда отметил появление резких болей в верхних отделах живота. Спустя 1 час состояние улучшилось: боли уменьшились, распространились по правому флангу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожа чистая, физиологической окраски. В легких дыхание без хрипов. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный. АД – 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, при пальпации незначительно болезненный в эпигастрии, по правому флангу. В правой подвздошной области определяется напряжение мышц, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В ОАК отмечается лейкоцитоз до $13x10^9$/л

Дежурным хирургом поставлен диагноз: острый аппендицит, взят на операцию. После вскрытия брюшной полости разрезом Волковича-Дьяконова выявлено, что червеобразный отросток не изменен, из брюшной полости эвакуировано около 100 мл мутного выпота с примесью желчи.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите ошибки, которые были допущены в диагностике данного заболевания.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Определите тактику хирурга в сложившейся ситуации.
5. Основные аспекты п/о ведения данного больного.

Задача №4.

Больной М., 43 лет поступил в приемный покой ЭХО с жалобами на интенсивные боли в животе с иррадиацией в правую надключичную область, 1-кратную рвоту темными массами со сгустками крови, 2-х кратный жидкий черный стул, выраженную слабость.

Из анамнеза. Болен в течение 1 недели, когда отметил появление изжоги, болей в верхних отделах живота через 1 час после еды. В течение 3-х лет периодически возникают подобные явления, не обследован. Ухудшение состояния в течение 6 часов появилась рвота темными массами со сгустками, слабость. Спустя 2 часа появился черный жидкий стул. Боли в животе усилились около 3 часов назад. Бригадой СМП доставлен в ЭХО.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное, положение вынужденное (лежа на правом боку с приведенными к животу ногами). Кожа бледная, покрыта липким потом. ЧДД – 26/мин, в легких дыхание без хрипов. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. АД – 80/40 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания участвует ограниченно. При пальпации определяется бо-

лезненность и напряжение мышц во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен.

В ампуле прямой кишки неоформленные каловые массы черного цвета.

В ОАК: эритроциты – 2,2х10^{12}/л, гемоглобин – 70 г/л, гематокрит – 19%.

Экстренно выполнена обзорная рентгеноскопия брюшной полости – патологии не выявлено.

При ФГДС – на передней стенке луковицы ДПК имеется язвенный дефект диаметром 1 см, прикрытый рыхлым сгустком.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите основные причины развития заболевания.
3. Оцените ОАК.
4. Тактика хирурга в данной ситуации.
5. Выбор объема оперативного вмешательства

Задача №5.

Больной С., 32 лет предъявляет жалобы на 1-кратнубю рвоту пищей, затем дважды темной кровью, сгустками, 2-х кратный черный жидкий стул, слабость, потерю сознания.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение суток, когда отметил появление черного стула, однократной рвоты пишей, не приносящей облегчения. Через 5 часов рвота повторилась. Со слов рвотные массы приобрели кровянистый характер. Со слов жены: пошел в туалет, потерял сознание, упал. Язвенной болезнью ДПК в течение 10 лет.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожа бледная. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика активная.

Ректально: в ампуле прямой кишки полужидкие каловые массы черного цвета.

В ОАК: лейкоциты – 10,4х10^{9}/л, эритроциты – 3,1х10^{12}/л, гемоглобин – 96 г/л, гематокрит – 23%.

Контрольные вопросы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия нужно провести для подтверждения диагноза?
3. Неотложные мероприятия в сложившейся ситуации на догоспитальном этапе.
4. Рассчитайте объемы инфузионно-трансфузионной терапии.
5. Определите тактику ведения данного больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Сущность понятия, особенности течения и характера ЯБЖ и ДПК.
2) Современные теории патогенеза язвенной болезни.
3) Особенности этиопатогенеза, патоморфологии и клинических проявлений ЯБЖ и ДПК.

4) Дифференциальная диагностика язвенной болезни.

5) Секреторная функция желудка и методы ее изучения.

6) Критерии лабораторно-инструментальной диагностики язвенной болезни.

7) Принципы консервативного лечения ЯБЖ и ДПК, прогноз результатов.

8) Основы купирования острой и хронической боли.

9) Показания к хирургическому лечению ЯБЖ и ДПК.

10) Понятие и виды радикальных и паллиативных операций, резекционных и органосохраняющих; показания к ним.

11) Резекция желудка по Бильрот-I, Бильрот-II, их достоинства и недостатки, возможные модификации.

12) Показания и виды органосберегающих операций, их достоинства и недостатки.

13) Виды осложнений язвенной болезни.

14) Степени тяжести пилородуоденальных стенозов язвенной природы.

15) Хирургическое лечение пилородуоденальных стенозов язвенной природы.

16) Основные и вспомогательные симптомы прободной язвы желудка и ДПК.

17) Периоды течения перфоративной язвы.

18) Особенности клинической картины атипичных и прикрытых перфораций.

19) Показания к ушиванию перфоративной язвы, способы.

20) Показания и условия к резекции желудка при перфоративной язве, способы.

21) Особенности клинической картины при сочетании желудочного кровотечения и перфорации

22) Какие состояния и заболевания могут симулировать желудочное кровотечение?

23) Методы определения величины кровопотери при гастродуоденальном кровотечении.

24) Методы диагностики язвенных гастродуоденальных кровотечений.

25) Консервативное лечение кровоточащей язвы желудка или ДПК.

26) Методы местного воздействия на кровоточащую язву желудка или ДПК.

27) Показания, виды и методы операций при кровоточащей язве желудка и ДПК.

28) Основы диагностики и лечебной тактики при пенетрации и малигнизации пилородуоденальных язв.

29) Особенности до- и послеоперационного ведения больных с язвенным кровотечением.

30) Профилактика развития осложнений язвенной болезни.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

Для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерны:

1 ночные боли
2 боль в правом подреберье с иррадиацией в спину
3 боль в эпигастральной области спустя 1,5-2 часа после приема пищи
4 боль в области мечевидного отростка с иррадиацией в левое плечо и лопатку
5 голодные боли

Вопрос №2

Оперативное лечение при язвенной болезни показано в случаях:

1 непрерывно рецидивирующего течения
2 положительного теста на хеликобактериоз
3 гипоацидного состояния
4 развития осложнений

Вопрос №3

Классификация язвенной болезни по Jonson предусматривает выделение:

1 медиогастральных язв
2 язв пилорического канала
3 язв двойной локализации (желудок и дпк)
4 язвы кардиального отдела желудка
5 ювенильные язвы

Вопрос №4

Диагностика язвенной болезни включает:

1 Фиброгастродуоденоскопию
2 пункцию желудка с биопсией слизистой
3 тестирование на хеликобактериоз
4 компьютерную томографию
5 рентгеноскопию желудка

Вопрос №5

Ульцерогенным действием обладают:

1 Бутадион
2 Гастроцепин
3 Преднизолон
4 Дигиталис
5 Индометацин

Вопрос №6

Резекция желудка показана в ситуациях:

1 перфорации в сочетании со стенозом
2 перфорации симптоматической язвы
3 перфорации с наличием гнойного перитонита
4 перфорации впервые выявленной язвы ДПК у пожилых пациентов
5 активного артериального кровотечения из пенетрирующей язвы

Вопрос №7

Тактика лечения больного с признаками кровотечения Forrest IIA предусматривает:

1 гемостатическую терапию
2 инфузионную терапию
3 экстренную операцию
4 срочную операцию
5 консервативное лечение в условиях терапевтического стационара

Вопрос №8

В случаях малигнизации желудочных язв показано:
1 Антрумэктомия
2 субтотальная резекция желудка
3 стволовая ваготомия с одним из вариантов пилоропластики
4 Гастрэктомия
5 строго консервативное лечение

Вопрос №9

После перенесенной резекции желудка в ранние сроки назначают:
1 опиоидные анальгетики
2 спазмолитические препараты
3 энтеральное зондовое питание
4 ингибиторы протонной помпы
5 Диуретики

Вопрос №10

Клиническое течение перфорации характеризуется:
1 периодом шока
2 периодом комы
3 периодом мнимого благополучия
4 периодом гнойного перитонита
5 периодом сепсиса

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	1, 3, 5	1, 4	1, 2, 3	1, 3, 5	1, 3, 5

№ вопроса	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 5	1, 2, 4	2, 4	1, 3	1, 3, 4

Рекомендуемая литература:

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.14: Острая кишечная непроходимость (ОКН).

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при острой кишечной непроходимости.

Задачи:

1) изучить классификацию острой кишечной непроходимости;

2) рассмотреть этиологию, патогенез острой кишечной непроходимости;

3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики острой кишечной непроходимости;

4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;

5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при острой кишечной непроходимости;

6) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению;

7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Хирургическая анатомия кишечной трубки.

2) Определение «острая кишечная непроходимость»

3) Этиология, механизмы, патогенез острой кишечной непроходимости.

4) Классификация острой кишечной непроходимости.

5) Особенности клинической симптоматики острой кишечной непроходимости в зависимости от механизма и уровня обструкции кишечной трубки.

6) Алгоритм лабораторно-инструментальной диагностики при острой кишечной непроходимости.

7) Основные дифференциальные критерии патологии прямой кишки с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.

8) Показания и основные направления консервативной терапии острой кишечной непроходимости.

9) Показания, виды, этапы оперативного вмешательства при острой кишечной непроходимости, принципы предоперационной подготовки.

10) Профилактика развития острой кишечной непроходимости.

2. Практическая подготовка

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента с острой кишечной непроходимостью (при наличии).

2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на острую кишечную непроходимость.

2. Отработка практических навыков по определению симптоматики острой кишечной непроходимостью, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

1. Решить ситуационные задачи

3) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Н., 36 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота, рвоту пищей, не приносящую облегчения.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение 6 часов, когда отметил появление вышепере-

численных симптомов. Накануне вечером ел салат из свежих овощей. Около 5 лет назад оперирован по поводу перфорации гастро-дуоденальной язвы. Подобные явления возникли впервые.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожа теплая, физиологической окраски. Язык суховат. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс – 82 удара в минуту, ритмичный. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот симметрично подвздут, равномерно участвует в акте дыхания. Послеоперационный рубец в удовлетворительном состоянии. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перкуторно над всей поверхностью живота определяется тимпанит. Перистальтика неравномерная, в нижних отделах определяется «шум плеска».

Стул был 3 часа назад.

При ректальном исследовании образований в прямой кишке не определяется, передняя стенка не нависает, ампула прямой кишки пустая, анальный сфинктер тоничен.

В общем анализе крови: лейкоциты – $12x10^9$/л, эритроциты – $4,2x10^{12}$/л, гемоглобин – 132 г/л, в ОАМ: лейкоциты – 1-2 в п/зр.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Перечислите необходимые методы диагностики.
3. Основные направления лечебной тактики.
4. Показания к оперативному лечению.

Алгоритм разбора задачи.

1. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость.

2. Биохимические анализ крови на содержание общего белка, сахара, билирубина, мочевины, креатинина, электролитный состав (калий, натрий, хлор), показатели кщс; обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости; ЭКГ.

3. Учитывая признаки острой кишечной непроходимости смешанного механизма, больному показано консервативное лечение с последующим рентгенологическим контроле за пассажем бариевой взвеси.

Направления лечебной тактики предусматривают: лечебно-охранительный режим (диета-голод, режим полупостельный); декомпрессию желудочно-кишечного тракта (назогастральное зондирование, очистительная клизма); выполнение катетеризации периферической вены для проведения инфузионной терапии в объеме не менее 1500 мл; контроль почасового диуреза; назначение препаратов спазмолитического и противорвотного действия. Контрольное рентгенологическое исследование необходимо выполнить через 6 часов.

4. Сохранение и нарастание клинических и рентгенологических признаков острой кишечной непроходимости; развитие клиники острого перитонита.

5) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1.

У больного К. 48 лет за 6 часов до поступления в клинику внезапно появились интенсивные схваткообразные боли в животе, была многократная рвота пищей, слизью, не приносящая облегчения. Подобные явления отмечает впервые. Анамнез без особенностей. Работает слесарем.

Состояние тяжелое, беспокоен, часто меняет положение в постели, стонет. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс – 110 ударов в минуту. АД – 90/60 мм рт. ст.

При осмотре правая половина живота вздута, левая западает. При пальпации определяется болезненность во всех отделах живота, больше в околопупочной области, где пальпируется овальной формы плотноэластическое образование, перкуторно над которым определяется высокий тимпанит. Перистальтика редкая, резонирующая. Определяется «шум плеска». Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул был за несколько часов до заболевания.

При ректальном исследовании ампула заполнена калом, сфинктер тоничен.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлен пневматоз тонкой и толстой

кишки, чаши Клойбера.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм развития данного состояния.
3. Перечислите возможные предрасполагающие факторы.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №2.

Больной М. 69 лет в течение последних 6 месяцев отмечает затруднения при дефекации, слизь и следы темной крови в кале. К врачу не обращался, не обследовался. За сутки до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе. Перестали отходить газы, стула не было 3 дня.

Общее состояние больного средней тяжести. Язык покрыт белым налетом, суховат. Пульс – 94 удара в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот вздут, симметричный, при пальпации болезненный во всех отделах. При перкуссии определяется тимпанит во всех отделах. Перистальтика кишечника резонирующая, неравномерная. Определяется «шум плеска» вот всех отделах. Перитонеальные симптомы положительные. Ректальное исследование – ампула пустая.

При обзорной рентгеноскопии определяются чаши Клойбера. Пневматоз кишечника.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм развития данного состояния.
3. Перечислите возможные предрасполагающие факторы.
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечебная тактика.

Задача №3.

Больная, 32 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, многократную рвоту слизью с примесью желчи, вздутие живота.

Боли появились 10 часов назад после приема грубой растительной пищи. Затем присоединилась рвота. После приема спазмолитиков эффекта не отмечала. Подобные явления отмечает впервые. В анамнезе аппендэктомия.

Состояние средней тяжести. Язык сухой, покрыт белым налетом. Пульс – 88 ударов в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот асимметричный за счет выбухания правых отделов кишечника. При пальпации вздут, болезненный больше в правой половине живота. Перкуторно определяется высокий тимпанит. Перистальтика неравномерная, справа резонирующая. Определяется «шум плеска». Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Ректально: в ампуле прямой кишки кал обычной консистенции.

В общих анализах крови и мочи без патологии.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости: раздутые петли тонкого кишечника, «чаши Клойбера».

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Механизм развития данного состояния.
3. Перечислите возможные предрасполагающие факторы.

4. Дифференциальная диагностика.

5. Лечебная тактика.

Задача №4.

Больная Ю. 66 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли по всему животу, схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула.

Больна в течение 6 дней, когда появились вздутие живота, умеренные боли по всему животу. Интенсивность болей постепенно нарастала, дважды была рвота слизью. Перестали отходить газы. 3 дня не было стула. Последние 4 месяца отмечает запоры, слизь в кале.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, несколько бледноватые. Язык суховат, покрыт белым налетом. Пульс – 84 удара в минуту. АД – 150/90 мм рт. ст. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в левой подвздошной области, где неотчетливо пальпируется опухолевидное образование. При перкуссии - тимпанит. Перистальтика неравномерная, резонирующая. Определяется «шум плеска». Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Ректально: сфинктер атоничен, ампула пустая.

Контрольные вопросы.

1. Ваш диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Дальнейшие действия врача первичного звена.
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика.

Задача №5.

Больной Н. 64 лет, поступил в клинику через 16 часов с момента заболевания с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту сначала съеденной пищей, затем желчью, наличие резко болезненного невправимого выпячивания в области послеоперационного рубца после нижнесрединной лапаротомии.

4 года назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита с разлитым перитонитом. Страдает ИБС, гипертонической болезнью.

Состояние тяжелое, стонет от болей. Кожные покровы чистые, физиологичны. Язык сухой, обложен серым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс – 104 ударов в минуту, аритмичный. АД – 160/80 мм рт. ст. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в нижних отделах, где в зоне послеоперационного рубца определяется напряженное, резко болезненное выпячивание размерами 12х10х6 см, в брюшную полость не вправляется, перкуторно над ним притупление. Перистальтика неравномерная. Перитонеальные симптомы отрицательные. Мочеиспускание не нарушено. Стул был сутки назад.

Контрольные вопросы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Определение понятия «острая кишечная непроходимость», ее виды.
2) Предрасполагающие и производящие факторы острой кишечной непроходимости.
3) Патогенез и патанатомия острой кишечной непроходимости.
4) Основные симптомы острой кишечной непроходимости.
5) Клинические отличия механической и динамической, обтурационной и странгуляционной, высокой и низкой, тонко- и толстокишечной острой кишечной непроходимости.
6) Критерии и виды рентгенодиагностики острой кишечной непроходимости.
7) Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости.
8) Лечебная тактика при острой кишечной непроходимости.
9) Консервативная терапия острой кишечной непроходимости.
10) Показания к операции по поводу острой кишечной непроходимости, принципы предоперационной подготовки.
11) Виды и этапы операций при острой кишечной непроходимости.
12) Методы оценки жизнеспособности кишки. Показания и принципы ее резекции.
13) Методы декомпрессии кишечника, их преимущества и недостатки.
14) Виды кишечных анастомозов, их преимущества и недостатки.
15) Особенности операционной тактики при острой кишечной непроходимости, осложненной некрозом толстой кишки или перитонитом.
16) Принципы ведения больных после операции по поводу острой кишечной непроходимости.
17) Профилактика острой кишечной непроходимости.
18) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.
19) Маршрутизация пациентов с подозрением на острую кишечную непроходимость.
20) Особенности заполнения первичной медицинской документации.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Для высокой тонкокишечной непроходимости характерны:

1 схваткообразные боли в животе
2 симптом Склярова
3 многократная рвота
4 симптом Цеге-Мантейфеля
5 симптом Жобера

Вопрос №2

При тонкокишечной непроходимости оперативное вмешательство предусматривает:

1 резекцию некротизированного участка тонкой кишки

2 формирование межкишечного энтеро-энтероанастомоза по типу «конец в конец»
3 формирование межкишечного энтеро-энтероанастомоза по типу «бок в бок»
4 назоинтестинальную интубацию
5 трансанальную интубацию кишечника

Вопрос №3

Причинами тонкокишечной непроходимости являются:
1 инородные тела
2 желчные камни
3 Опухоли
4 спайки брюшной полости
5 спазм участка тонкой кишки

Вопрос №4

Характерными признаками острой механической кишечной непроходимости являются:
1 постоянные боли в животе
2 однократная рвота
3 положительный симптом «шум плеска»
4 схваткообразные боли в животе
5 многократная рвота

Вопрос №5

Консервативное лечение показано в случаях:
1 Заворота
2 Узлообразования
3 спастической непроходимости кишечника
4 паралитической кишечной непроходимости
5 Копростаза

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	1, 2, 3	1, 2, 4	1, 2, 4	3, 4, 5	3, 4, 5

Рекомендуемая литература:

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.15: Заболевания ободочной кишки. Заболевания прямой кишки

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики, участию в оказании медицинской помощи при хирургических заболеваниях ободочной и прямой кишок.

Задачи:

1) изучить классификацию заболеваний толстой кишки;
2) рассмотреть этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний толстой кишки;
3) обучить методам клинико-инструментальной диагностики заболеваний толстой кишки;
4) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;
5) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при жизнеугрожающих заболеваниях ободочной кишки;
6) рассмотреть современные подходы к их хирургическому лечению;
7) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики.

8) изучить классификацию заболеваний прямой кишки;

9) рассмотреть этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний прямой кишки;

10) обучить методам клинико-инструментальной диагностики заболеваний прямой кишки;

11) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;

12) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при заболеваниях прямой кишки экстренного и неотложного порядка;

13) рассмотреть современные подходы к их хирургическому лечению;

14) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Хирургическая анатомия ободочной кишки.

2) Принципы классификации хирургических заболеваний ободочной кишки.

3) Понятие дивертикула, дивертикулярной болезни ободочной кишки.

4) Принципы классификации дивертикулярной болезни ободочной кишки.

5) Клиническая симптоматика дивертикулярной болезни.

6) Подходы к дополнительной диагностике дивертикулярной болезни.

7) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при дивертикулярной болезни ободочной кишки.

8) Профилактика осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.

9) Понятие неспецифического язвенного колита.

10) Принципы классификации неспецифического язвенного колита.

11) Клиническая симптоматика неспецифического язвенного колита.

12) Подходы к дополнительной диагностике неспецифического язвенного колита.

13) Направления консервативной терапии неспецифического язвенного колита, основные фармакологические препараты.

14) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при неспецифического язвенного колита.

15) Понятие болезни Крона.

16) Принципы классификации болезни Крона.

17) Клиническая симптоматика болезни Крона.

18) Подходы к дополнительной диагностике болезни Крона.

19) Направления консервативной терапии болезни Крона, основные фармакологические препараты.

20) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при болезни Крона.

21) Виды полипов ободочной кишки.

22) Показания, виды, объемы операций при полипах и полипозе ободочной кишки.

23) Особенности течения и лечебной тактики при наследственных полипозах толстой кишки.

24) Принципы послеоперационного ведения больных с заболеваниями толстой кишки.

25) Принципы классификации, основные клинические проявления, дополнительная диагностика, хирургическая тактика и объемы оперативного вмешательств при злокачественных новообразованиях толстой кишки.

26) Основные дифференциальные критерии патологии ободочной кишки с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.

27) Хирургическая анатомия прямой кишки.

28) Принципы классификации хирургических заболеваний прямой кишки.

29) Понятие «геморрой».

30) Причины, принципы классификации геморроя.

31) Клиническая симптоматика геморроя в зависимости от клинического течения.

32) Подходы к дополнительной диагностике геморроя.

33) Консервативное лечение: показания, основные группы лекарственных препаратов.

34) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при геморрое.

35) Профилактика осложнений геморроя.

36) Понятие «парапроктит».

37) Причины, принципы классификации парапроктита.

38) Клиническая симптоматика парапроктита в зависимости от клинического течения.

39) Подходы к дополнительной диагностике острого и хронического парапроктита.

40) Консервативное лечение: показания, основные группы лекарственных препаратов.

41) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативного вмешательства.

42) Понятие «эпителиальный копчиковый ход».

43) Причины, принципы классификации эпителиально-копчикового хода.

44) Клиническая симптоматика эпителиально-копчикового хода в зависимости от клинического течения.

45) Подходы к дополнительной диагностике эпителиально-копчикового хода.

46) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативного вмешательства при эпителиально-копчиковом ходе.

47) Понятие «анальная трещина».

48) Причины, принципы классификации анальной трещины.

49) Клиническая симптоматика анальной трещины.

50) Подходы к дополнительной диагностике анальной трещины.

51) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативного вмешательства при анальной трещины

52) Принципы классификации, основные клинические проявления, дополнительная диагностика, хирургическая тактика и объемы оперативного вмешательств при злокачественных новообразованиях прямой кишки.

53) Основные дифференциальные критерии патологии прямой кишки с урологическими, гинекологическими, инфекционными заболеваниями.

2. Практическая подготовка

Выполнение практических заданий:

2. Клинический разбор пациента с заболеваниями ободочной кишки (при наличии).

3. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами (при наличии) при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя.

4. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Решить ситуационные задачи

1.Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлить клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2 Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 69 лет поступил в стационар с жалобами на постоянные запоры продолжительностью до 3-х суток. Появление стула отмечает только после приёма слабительных. Регулярно в конце акта дефекации на кале обнаруживает следы свежей крови.

При клиническом обследовании патологии не выявлено. Пальцевое обследование прямой кишки оказалось неинформативным. Общии анализ крови: эритроциты 3х10 12/л, гемоглобин 100 г/л. СОЭ -21 мм./ч.

У Вас возникло подозрение на наличие у больного опухоли дистального отдела толстой кишки.

Какие специальные методы исследования Вы используете для верификации диагноза?

-В случае подозрения на наличие опухоли толстой кишки из специальных методов обследования необходимо выполнить ректороманоскопию, фиброколоноскопию, ирригоскопию.

- При эндоскопическом обнаружении опухоли проводится её биопсия с последующим гистологическим исследованием биоптата.

3. Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

В отделение поступил 76-летний больной со схваткообразными болями в животе, задержкой стула и неотхождение газов в течении 2-х суток. У становлен диагноз : острая кишечная непроходимость.

Во время операции,выполняемой по экстренным показаниям, обнаружено, что причиной непроходимости является опухоль верхнеампулярнрго отдела прямой кишки, прорастающая в тазовую клетчатку. Наложен противоестественный задний проход, хотя о возможности подобного исхода больной перед операцией не был информирован.

Правомочны ли действия хирурга?

4. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на патологию ободочной кишки;

2. Отработка практических навыков по определению симптоматики хирургических заболеваний ободочной кишки, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

3. Отработка практических навыков по определению симптоматики хирургических заболеваний прямой кишки, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

4. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью;
б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения на патологию прямой кишки;

5. Отработка практических навыков по определению симптоматики хирургических заболеваний прямой кишки, составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Определение, принципы классификации дивертикулярной болезни ободочной кишки.
2) Клиническая и дополнительная диагностика дивертикулярной болезни.
3) Показания к хирургическому лечению, варианты оперативных вмешательств при дивертикулярной болезни ободочной кишки.
4) Профилактика осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки.
5) Понятие о неспецифических воспалительных заболеваниях ободочной кишки.
6) Определение неспецифического язвенного колита.
7) Принципы классификации неспецифического язвенного колита.
8) Клиническая и дополнительная диагностика неспецифического язвенного колита.
9) Понятие болезни Крона.
10) Принципы классификации болезни Крона.
11) Клиническая симптоматика болезни Крона.
12) Подходы к дополнительной диагностике болезни Крона.
13) Показания к хирургическому лечению при неспецифических воспалительных заболеваниях ободочной кишки, варианты оперативных вмешательств и способы завершения операции.
14) Направления консервативной терапии неспецифических заболеваний ободочной кишки, основные фармакологические препараты.

15) Классификация рака ободочной кишки по стадиям и по системе TMN.

16) Особенности клинической картины рака правой и левой половины толстой кишки.

17) «Сигналы тревоги» рака ободочной кишки.

18) Принципы и методы лечения рака ободочной кишки, виды хирургических вмешательств.

19) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.

20) Маршрутизация пациентов с подозрением на онкопатологию толстой кишки.

21) Профилактика заболевания и послеоперационных осложнений.

22) Принципы ведения послеоперационного периода.

23) Особенности заполнения первичной медицинской документации.

24) Клиника, диагностика, лечение эпителиального копчикового хода.

25) Определение геморроя. Заболеваемость. Причины возникновения.

26) Клиническая и дополнительная диагностика геморроя в зависимости от течения и осложнений.

27) Комплексное лечение геморроя, осложненного кровотечением.

28) Комплексное лечение геморроя, осложненного тромбозом.

29) Этиопатогенез, патоморфология, клиника, диагностика, лечение анальной трещины.

30) Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение острого парапроктита.

31) Причины хронического парапроктита.

32) Хирургическое лечение хронического парапроктита.

33) Классификация, клиническая диагностика и подходы к хирургическому лечению рака прямой кишки.

34) Лечебно-диагностическая тактика в зависимости от вида и условий оказания медицинской помощи.

35) Маршрутизация пациентов с подозрением на патологию прямой кишки.

36) Профилактика заболеваний прямой кишки и послеоперационных осложнений.

37) Принципы ведения послеоперационного периода.

38) Особенности заполнения первичной медицинской документации

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания **(**выберите комбинацию правильных ответов).

Вопрос №1

Болезнь Крона устанавливается на основании результатов исследований:

1 гирляндообразное чередование расширенных и суженных участков кишки при ирригографии

2 наличие чаш Клойбера при обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости
3 признаков анемии в общем анализе крови
4 колоноскопии с биопсией
5 лапароскопии с биопсией лимфоузлов брыжейки

Вопрос №2

Оперативное лечение при неспецифическом язвенном колите абсолютно показано в случаях:

1 длительных запоров
2 перфорации кишки
3 токсической дилатации
4 тяжелой анемии
5 профузного кровотечения

Вопрос №3

Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает:

1 диетотерапию (исключение молока и молочных продуктов)
2 применение преднизолона
3 лечение аминосалицилатами
4 наркотические анальгетики
5 Антикоагулянты

Вопрос №4

Осложнениями рака ободочной кишки являются:

1 перфорация опухоли
2 токсическая дилатация толстой кишки
3 острая кишечная непроходимость
4 Кровотечение
5 токсический панкреатит

Вопрос №5

Для болезни Крона характерно:

1 развитие внутриорганных свищей
2 изменения в стенке кишки по типу «булыжной мостовой»
3 поражение только слизистой оболочки кишечника
4 перерождение в рак
5 поражение терминального отдела подвздошной кишки, правой половины толстой кишки

Вопрос №6

Для исследования свищей прямой кишки применяются:

1 наружный осмотр и пальпация
2 Лапароскопия
3 зондирование свищевого хода
4 Фистулография
5 УЗИ

Вопрос №7

Принципами оперативного лечения острого парапроктита являются:

1 ранняя операция

2 адекватное вскрытие и дренирование гнойного очага
3 иссечение внутреннего отверстия
4 формирование колостомы
5 резекция прямой кишки

Вопрос №8
Лечение острого парапроктита предусматривает:
1 антибактериальную терапию
2 Физиолечение
3 экстренную операцию
4 плановую операцию
5 стероидные препараты
Вопрос №9
Радикальное оперативное вмешательство при раке прямой кишки сомнительно в случаях выявления:
1 Асцита
2 острой толстокишечной непроходимости
3 пальпируемой опухоли
4 увеличенных паховых лимфоузлов
5 кровотечения из прямой кишки
Вопрос №10
Клиническими симптомами онкопроцесса в прямой кишке являются:
1 выделение из заднего прохода слизи, гноя
2 Тенезмы
3 ректальное кровотечение
4 схваткообразные боли в животе
частый жидкий стул

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	1, 4	2, 3, 5	1, 2, 3	1, 3, 4	1, 2, 5

№ вопроса	6	7	8	9	10
Правильный вариант ответа	1, 3, 4	1, 2, 3	1, 3	1, 4	1, 2, 3

Рекомендуемая литература
Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.16: Наружные грыжи живота

Цель: способствовать формированию компетенций по предупреждению возникновения, диагностике, определению лечебной тактики при наружных грыжах живота.

Задачи:

1) рассмотреть причины, патогенез, классификацию наружных грыжах живота;
2) обучить методам клинико-инструментальной диагностики наружных грыж живота;
3) рассмотреть принципы дифференциальной диагностики;

4) изучить маршрутизацию, лечебную тактику при неосложненном течении наружных грыж живота;

5) рассмотреть современные подходы к хирургическому лечению наружных грыж живота;

6) изучить принципы ведения послеоперационного периода и профилактики развития грыж передней брюшной стенки

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Сущность понятия «грыжа передней брюшной стенки».

2) Причины и механизмы образования.

3) Современные подходы к классификации грыж.

4) Клиническая диагностика наружных грыж живота.

5) Дополнительные методы исследования, показания к их проведению, диагностическая программа.

6) Основные дифференциальные критерии с заболеваниями мягких тканей и внутренних органов.

7) Принципы оказания медицинской помощи в первичном звене, вопросы маршрутизации.

8) Лечебная тактика: показания для консервативного лечения, принципы.

9) Оперативное лечение: доступы и этапы хирургических вмешательств, выбор способа укрепления передней брюшной стенки.

10) Основы ведения до- и послеоперационного периодов; принципы и направления фармакотерапии.

2. Практическая подготовка

Выполнение практических заданий:

1. Клинический разбор пациента (при наличии в стационаре) с наружными грыжами живота различной локализации.

2. Отработка практических навыков контактной работы с пациентами при сборе жалоб, анамнеза заболевания и жизни под контролем преподавателя (при наличии пациентов).

3. Разбор клинической истории болезни: особенности заполнения документации при первичном обращении пациента за медицинской помощью, описание локального статуса, формулировки и обоснования предварительного диагноза, составления плана необходимых дополнительных исследований, анализ полученных результатов дополнительных исследований, выбор лечебной тактики, обоснования хирургического лечения и предоперационной подготовки, составление протокола операции, особенности ведения послеоперационного периода.

3. Задания для групповой работы

1. Моделирование клинической ситуации:

а) алгоритм диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях при обращении пациента за медицинской помощью с грыжей передней брюшной стенки;
б) лечебно-диагностическая тактика при оказании специализированной помощи в случаях подозрения наружной грыжи живота;

2. Отработка практических навыков по определению составлению плана диагностических мероприятий, выбора лечебной тактики.

5. Решить ситуационные задачи

2) Алгоритм разбора задач:

1) на основании собранных жалоб, истории развития заболевания, физикального обследования (пальпации, перкуссии, аускультации) возможно выделить ряд клинических синдромов.

2) на основании ведущего синдрома установлен предположительный диагноз.

3) учитывая клинические проявления и трудности в проведении дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных исследований.

4) на основании анамнестических данных, проведенных дополнительных исследований, заключения других специалистов (при необходимости) выявлены причины данного заболевания.

5) на основании проведенных дополнительных исследований установлен клинический диагноз.

6) учитывая клинические данные (жалобы, анамнез, результаты клинического исследования), течения заболевания показано лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 60 лет предъявляет жалобы на опухолевидное образование в области пупка, которое периодически появляется при физической нагрузке, натуживании, кашле и самостоятельно исчезает в положении лежа.

Данное образование появилось после второй беременности в возрасте 30 лет. С течением этого времени отмечает его увеличение в размерах, периодически при физической нагрузке беспокоят боли в области образования.

Состояние удовлетворительное. Кожа физиологична, подкожный слой не выражен. В легких дыхание без хрипов, проводится во все отделы с частотой 16 в минуту. Пульс - 68 ударов в минуту, АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика обычная. Симптомов раздражения брюшины нет.

В положении стоя, в пупочной области имеется легко вправимое эластичное образование 5х5 см. Пупочное кольцо расширено до 3 см. Кашлевой толчок положительный. Перистальтика равномерная.

Стул был накануне, диурез сохранен.

Контрольные вопросы.

1. Выделите основные клинические синдромы.

2. Ваш предположительный диагноз.

3. Лечебная тактика.

4. При необходимости хирургического лечения обоснуйте показания для проведения оперативного вмешательства.

5. Перечислите основные направления лечения в ближайшем послеоперационном периоде.

Алгоритм разбора клинической задачи.

1. Синдром подкожного объемного образования.

2. Пупочная грыжа малых размеров.

3. Данное заболевание не относится к разряду экстренных заболеваний, однако при развитии его осложнений возникает высокий риск для жизни пациента вследствие развития ишемии, некроза органов брюшной полости. Больной показано плановое хирургическое лечение. На этапе подготовки к его проведению необходимо проведение дополнительных исследований: общеклинические анализы крови и мочи, определения общих биохимических параметров крови, определение маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ, реакции Вассермана, группы крови и резус-фактора, коагулограммы, гинекологическое обследование.

4. Учитывая данные анамнеза и объективного исследования (наличие грыжевого выпячивания в течение 1,5 лет, увеличения его в размерах с течением времени, развитие болевого синдрома), прогрессирования заболевания и возможность развития осложнений (ущемление с развитием странгуляционной кишечной непроходимости, некроза грыжевого содержимого, перитонита, флегмоны грыжевого мешка), показано хирургическое лечение.

5. В ближайшем послеоперационном периоде необходимо назначить:

- голод в течение первых 2-х суток с момента операции с дальнейшим расширением диеты, исключающей продукты, которые могут способствовать избыточной перистальтике;
- постельный режим в 1-е сутки с последующей активизацией, однако в течение 1 месяца необходимо исключить тяжелые физические нагрузки;
- раннее бандажирование для снятия нагрузки с передней брюшной стенки;

- препараты, направленные на устранение болевого синдрома (кетопрофен, кеторолак и др.);

- с целью профилактики тромбоэмболических осложнений необходимо активизировать пациентку на 2-е сутки, назначить эластическую компрессию нижних конечностей и антикоагулянты (фракиспарин, клексан и др.).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №1

Больная, 65 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на наличие опухолевидного подкожного образования в пупочной области, периодически возникающие боли тянущего характера в данной области без иррадиации, самостоятельно проходящие в течение непродолжительного времени.

В течение 10 лет страдает отметил появление вышеуказанного характера. Последние 3 года отметил увеличение его в размерах, появление тянущих болей в данной области.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 54 удара в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Симптомов раздражения брюшины не определяется. В области пупка ненапряженное подкожное образование размерами 5х5 см, эластической консистенции, при пальпации безболезненное, в брюшную полость вправимое. Кожа над не изменена. Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Установите диагноз.
2. Перечислите возможные причины данного заболевания.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Дополнительные методы исследования, показания для их проведения.
5. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта.

Задача №2.

Больной, 35 лет на приеме у участкового терапевта предъявляет жалобы на периодически возникающее образование в правой паховой области.

Из анамнеза выяснено, что образование появилось 3 года назад, постепенно увеличивалось, самостоятельно вправлялось в положении лежа. За медицинской помощью ранее не обращался.

Состояние удовлетворительное. Температура тела в норме. Кожные покровы физиологической окраски. Язык чистый, влажный. Пульс - 60 ударов в минуту. При осмотре живота в положении лежа: передняя брюшная стенка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, видимых образований не определяется. Пальпация передней брюшной стенки безболезненная. В положении стоя в паховой области выше правой паховой складки определяется подкожное, безболезненное, полуовальной формы, эластическое образование.

Контрольные вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика в данном случае.
3. Перечислите дополнительные мероприятия, необходимые для уточнения диагноза.
4. Причины данного заболевания.
5. Лечебно-диагностическая тактика, вопросы маршрутизации.
6. При необходимости хирургического лечения определите его сроки и объем.

Задача №3

Больной, 55 лет был направлен в хирургический стационар в плановом порядке с жалобами на периодически возникающее образование и боли тянущего характера в левой паховой области.

Из анамнеза выяснено, что образование появилось 4 года назад, постепенно увеличивалось,

самостоятельно вправлялось в положении лежа.

Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Кожные покровы физиологической окраски. Пульс - 58 ударов в минуту. Везикулярное дыхание в легких проводится во все отделы с частотой 16 в минуту. При осмотре живота в левой паховой области выявлено подкожное, безболезненное, полуовальной формы, эластическое образование, вправимое в брюшную полость.

После предоперационной подготовки больной был оперирован. Под местной анестезией осуществлен оперативный доступ. Вскрыта передняя стенка левого пахового канала. Выявлено, что грыжевой мешок пуст, проходит в паховом канале, расположен в элементах семенного канатика, внутреннее паховое кольцо расширено до 3 см.

Контрольные вопросы

1) Сформулируйте диагноз.
2) Причины заболевания.
3) Определите план предоперационной подготовки.
4) Перечислите дальнейшие этапы оперативного вмешательства.
5) Лечебные мероприятия в послеоперационном периоде.

Задача №4

Больной 72 лет, пришел на прием к терапевту поликлиники с жалобами на опухолевидные образования в обоих паховых областях.

Год назад начал отмечать при физической нагрузке, натуживании, кашле появление в обеих паховых областях выпячиваний, самостоятельно исчезающих в горизонтальном положении.

В течение 3-х последних лет испытывает значительные затруднения при мочеиспускании, Моча выделяется тонкой вялой струей. Мочеиспускания частые, малыми порциями.

Страдает хроническим бронхитом, запорами.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. Пульс 88 ударов в минуту, АД 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика обычная. Симптомов раздражения брюшины нет. В положении стоя в паховых областях имеются округлой формы образования размерами 5х5 см, при пальпации эластической консистенции, легко вправляются. Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия паховых каналов округлой формы, диаметром 1,5 см. Кашлевой толчок - против вводимого в них пальца.

При ректальном исследовании определе определено увеличение предстательной железы III степени.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите причины данного заболевания.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Лечебная тактика.

Задача №5

Больная 47 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на наличие опухолевидного подкожного образования в пупочной области, периодически возникающие боли тянущего характера в данной области без иррадиации, самостоятельно проходящие в течение непродолжительного времени.

Из анамнеза выяснено, что около 3 лет назад была прооперирована по поводу тупой травмы живота. Появление образования в околопупочной области отметила в течение последнего года. С течением времени оно увеличивалось в размерах.

Состояние удовлетворительное, питание повышенное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 54 удара в минуту. АД - 160/90 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика равномерная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В околопупочной области по линии старого послеоперационного рубца определяется ненапряженное подкожное образование размерами 7х6 см, эластической консистен-

ции, при пальпации безболезненное, в брюшную полость частично вправимое. Кожа над не изменена.

Газы отходят. Мочеиспускание не нарушено.

Контрольные вопросы

1. Установите диагноз.
2. Перечислите возможные причины данного заболевания.
3. Дополнительные методы исследования, показания для их проведения.
4. Перечислите дальнейшие действия участкового терапевта.
5. В случае необходимости оперативного вмешательства укажите особенности его проведения.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2. Ответить на вопросы для самоконтроля:

1) Хирургическая анатомия передней брюшной стенки в области грыжевых точек.
2) Понятие «грыжа передней брюшной стенки», ее составляющие, классификация.
3) Частота грыж, причины и механизмы их возникновения.
4) Дифференциальная диагностика наружных грыж живота.
5) Особенности диагностики грыж различной локализации.
6) Маршрутизация грыженосителей.
7) Методы консервативного лечения грыж, показания и противопоказания к ним.
8) Показания и противопоказания к хирургическому лечению неосложненных грыж.
9) Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки: особенности обезболивания, оперативных доступов, основные этапы, способы укрепления передней брюшной стенки в области грыжевых ворот.
10) Вопросы ведения периоперационного периода.
11) Профилактика развития грыж.

Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вопрос №1

Стенкой грыжевого мешка скользящей паховой грыжи справа являются:

1 тонкая кишка
2 правая почка
3 мочевой пузырь
4 слепая кишка
5 левый яичник с маточной трубой

Вопрос №2

Обследование органов брюшной полости при грыжах белой линии живота проводят с целью:

1 выявления органа в грыжевом мешке
2 выявления сопутствующей патологии органов брюшной полости
3 дифференциации с предбрюшинной липомой

4 определения размеров грыжевых ворот

5 выявления причин внутрибрюшной гипертензии

Вопрос №3

Аутопластическими способами герниопластики грыж белой линии живота являются:

1 способ Мейо

2 способ Ривса

3 способ Сапежко

4 Мартынова

5 способ Шолдайс

Вопрос №4

Современная классификация послеоперационных грыж предусматривает:

1 размеры грыжевого выпячивания

2 ширину грыжевых ворот

3 количество рецидивов

4 Локализацию

5 Причины

Вопрос №5

Укрепление задней стенки пахового канала предусматривают способы:

1 Жирара

2 Лихтенштейна

3 Бассини

4 Белоконева

5 Напалкова

Ответы к тестовым заданиям

№ вопроса	1	2	3	4	5
Правильный вариант ответа	3, 4	2, 5	1, 3, 4	2, 3, 4	2, 3

Рекомендуемая литература

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№	Наименование	Автор (ы)	Год, место изда-	Кол-во экземпля-	Наличие в

п/п			ния	ров в библиотеке	ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Раздел 3. Этапы лечения хирургических больных

Тема 3.1: Периоперационный период

Цель: способствовать формированию знаний и умений студентов в периоперационном ведении хирургического больного.

Задачи:

-рассмотреть этапы (отдаленный, ближайший, непосредственный) и содержание предоперационного периода планового хирургического больного;

-рассмотреть особенности предоперационного периода больных с острыми хирургическими заболеваниями и травмами;

-изучить основные цели и классификацию оперативных вмешательств;

- рассмотреть этапы послеоперационного периода, их задачи и содержание;

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений. Порядок опроса при осмотре хирургического больного

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического 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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни

Проводить физикальное обследование хирургического больного

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.

Профессиональной этикой. Знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Дайте определение понятия «предоперационный период» и объясните содержание его.
- В чем заключается предоперационная подготовка как комплекс общих и специальных мероприятий, снижающих риск операции?
- Объясните цели оперативных вмешательств и классификацию операций.
- Назовите основные этапы любой операции, содержание и обеспечение выполнения их.
- классификация послеоперационного периода, программа послеоперационного ведения больных;
- классификация послеоперационных осложнений и методы их профилактики.
- Современные виды и способы обезболивания, фармакология препаратов группы А (яды).
- Определение понятия обезболивание.
- Показания к оперативным вмешательствам под наркозом.
- Классификация наркоза.
- Стадии наркоза.
- Осложнения наркоза.
- Профилактика осложнений после наркоза.

2. Практическая подготовка

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

- 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 анесте-

зии – 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!

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:

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»

3).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?

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.

- 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;
- Дайте характеристику отдаленному предоперационному периоду.
- Определите ближайший предоперационный период.
- Определите непосредственный предоперационный период..

.

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 IIА;
г) рак антрального отдела желудка со стенозом;
д) постиньекционная 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 аналгетиков;
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 на кануне 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 сенсибилизированных 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 нижэних 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. 21. Укажите правильное положение эндотрахеальной трубки при ИВЛ:

а) введение до отказа вглубь трахеи;
б) манжетка на уровне подсвязочного пространства;
в) манжетка на уровне черпаловидных хрящей;
г) манжетка на уровне голосовой щели;
д) верхний срез трубки у края зубов.

22. В процессе растворения анестетика для в/в вводного наркоза ощущается запах серы. Что это за препарат?

а) эвинон-натрий;
б) гексенал;
в) тиопентал-натрий;
г) виадрил;
д) кетамин.

23. Больной вдыхает газонаркотическую смесь из наркозного аппарата, выдыхая частично в аппарат, частично – в атмосферу. Какой контур дыхания задействован?

а) открытый;

б) полуоткрытый;
в) полузакрытый;
г) закрытый;
д) ответ не определен.

24. Адсорбер в наркозном аппарате служит для:

а) регенерации кислорода;
б) поглощения влаги;
в) поглощения углекислоты;
г) подогрева газонаркозной смеси;
д) поглощения анестетика.

25. С целью профилактики аспирационного синдрома при экстренной общей анестезии необходимо прежде всего:

а) придать больному позу Тренделенбурга;
б) положить на левый бок;
в) опорожнить желудок зондом;
г) быстро ввести в состояние наркоза;
д) предупредить мышечную фибриляцию на вводный миорелаксант.

26. Недостатками аппаратно-масочного наркоза являются все перечисленные, кроме:

а) большого аэродинамического сопротивления дыханию;
б) увеличения мёртвого пространства;
в) отсутствия изоляции дыхательных путей от ЖКТ;
г) возможности западения корня языка и асфиксии;
д) плохой управляемости наркозом.

27. Антидотом какого компонента в/в наркоза с ИВЛ является прозерин?

а) аналгетика;
б) анестетика;
в) нейролептика;
г) миорелаксанта;
д) снотворного.

28. Основным преимуществом эндотрахеального наркоза является:

а) физиологичность ИВЛ в ходе операции;
б) обеспечение свободной проходимости дыхательных путей и надёжная изоляция от ЖКТ;
в) предупреждение развития бронхоспазма;
г) предупреждение остановки сердца;
д) обеспечение лучшей аналгезии.

29. Укажите правильное чередование этапов комбинированного эндотрахеального наркоза:

а) вводный наркоз, премедикация, интубация, основной наркоз;
б) интубация, вводный наркоз, премедикация, основной наркоз;
в) премедикация, вводный наркоз, интубация, основной наркоз;
г) премедикация, основной наркоз, интубация, вводный наркоз;
д) премедикация, интубация, вводный наркоз, основной наркоз.

30. Одной из разновидностей комбинированной анестезии является атаралгезия. Комбинацией каких препаратов осуществляется данная методика анестезии?

а) тиопентал натрия и фентанил;
б) седуксен и фентанил;
в) тиопентал натрия и фентанил;
г) пропофол и фентанил;
д) фентанил и дроперидол.

31. Соотнесите типы дыхательных контуров наркозного аппарата с особенностями циркуляции в них газонаркотической смеси:

1) открытый контур;	а) вдох смеси с атмосферным воздухом – выдох в атмосферу;
2) полуоткрытый контур;	б) вдох смеси из наркозного аппарата – выдох в наркозный аппарат и частично в атмосферу;
3) полузакрытый контур;	в) вдох смеси из наркозного аппарата – выдох в атмосферу;
4) закрытый контур;	г) вдох смеси из наркозного аппарата – выдох в наркозный аппарат с полным возвратом в циркуляцию.

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

32. Укажите критерии оценки операционно-анестезиологического риска, принятые Московским научным обществом анестезиологов-реаниматологов:

а) тяжесть состояния пациента, объем оперативного вмешательства, метод обезболивания;
б) тяжесть состояния пациента и выбор метода обезболивания;
в) тяжесть состояния пациента и экстренность оперативного вмешательства;
г) тяжесть состояния пациента и объем оперативного вмешательства;
д) тяжесть состояния пациента, возраст оперируемого и характер оперативного вмешательства.

33. Особенности анестезии при экстренных операциях обусловлены:

а) тяжестью исходного состояния больного и неподготовленностью его к операции;
б) недостатком времени для обследования больного;
в) ограниченностью возможностей в диагностике нарушений метаболизма;
г) высоким риском аспирации рвотных масс;
д) всем выше перечисленным.

34. На сколько степеней следует увеличить операционно-анестезиологический риск пациента, оперируемого в экстренном порядке?

а) степень ОА риска не увеличивается;
б) степень ОА риска увеличивается на две степени;
в) степень риска следует увеличить на одну;
г) ОА риск уменьшить на две степени;
д) ОА риск уменьшается на одну степень.

35. Какой из внутривенных анестетиков лучше использовать для вводного наркоза при выполнении неотложной операции у больного со значительной кровопотерей и артериальной гипотензией?

а) гексенал;
б) тиопентал натрия;
в) оксибутират натрия;
г) сомбревин;
д) кетамин.

36. Одной из разновидностей комбинированной анестезии является нейролептаналгезия (НЛА). Комбинацией каких препаратов она осуществляется?

а) седуксен и фентанил;
б) фентанил и дроперидол;
в) дроперидол и клофелин;
г) дипривaн и фентанил;
д) фентанил и оксибутират натрия.

37. Выберите правильную последовательность действий, если во время полостной операции и наркоза произошла остановка сердца (асистолия):

а) прекратить операцию, увеличить глубину наркоза, внутрисердечно ввести адреналин, начать непрямой массаж сердца;
б) прекратить операцию, наложить зажимы или лигатуры на сосуды в ране, прекратить введение анестетиков, продолжать ИВЛ 100% кислородом в режиме гипервентиляции, начать непрямой массаж сердца с постоянным контролем ЭКГ и времени СЛР, проводить медикаментозное лечение вида остановки;
в) продолжать наркоз с увеличением концентрации кислорода до 100%, по возможности прекратить оперативное вмешательство и вызвать реанимационную бригаду;
г) прекратить операцию, начать непрямой массаж сердца, внутрисердечно ввести адреналин, проводить ингаляцию кислорода без наркотических анестетиков, произвести электродефибрилляцию;
д) прекратить операцию, прекратить наркоз и подачу газов, перейти на ИВЛ мешком «АМБУ», произвести электродефибрилляцию и затем непрямой массаж сердца.

38. Больной 54 лет предполагается плановая операция по поводу миомы матки, осложненной кровотечением. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь IIA, хронический бронхит, постгеморрагическая анемия. Определите степень операционно-анестезиологического риска:

а) I степень;
б) II степень;
в) III степень;
г) IV степень;
д) V степень.

39. Что такое операционный стресс?

а) биологические процессы защиты в ответ на хирургическую травму;
б) биологические процессы защиты в ответ на комплекс различных влияний: страх, возбуждение, боль, влияние наркоза, образование ран и травма тканей тела, потеря крови и т.д.;

в) биологические процессы защиты только в ответ на боль (обезболивание не является фактором стресса);
г) биологические процессы защиты – стресс возникает только в начале операции и заканчивается после ее окончания;
д) биологические процессы защиты в ответ на травму и кровопотерю.

40. Транспортировка больного из операционной после операции с общим обезболиванием осуществляется:

а) оперирующим хирургом и м/с-анестезисткой;
б) дежурным врачом и постовой медсестрой;
в) анестезиологом и м/с-анестезисткой;
г) хирургом и операционной м/сестрой;
д) анестезиологом, анестезисткой и постовой медсестрой.

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; ; 21. –б; 22. –в; 23. –в; 24. –в; 25. –а; 26. –д; 27. –г; 28. –б; 29. –в; 30. –б; 31. –а; 32. –а; 33. –д; 34. –в; 35. –д; 36. –б; 37. –б; 38. –в; 39. –б; 40. –д.

4. Подготовить презентацию по теме:

- « Осложнения послеоперационного периода, их профилактика и коррекция »

Рекомендуемая литература

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

Дополнительная

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие для студентов мед.вузов	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Кировского

					ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

Тема 3.2: Амбулаторная хирургия. Курация хирургического больного

Цель: Ознакомить студентов с организацией, устройством, оснащением и принципами работы хирургической службы поликлиники.
Ознакомить студентов с особенностями обследования хирургических больных и составлением учебной историей болезни.
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.

Обучить целенаправленному выяснению жалоб больного и истории развития заболевания.
Обучить методике общеклинического обследования больного с использованием осмотра, термометрии, пальпации, перкуссии и аускультации.
Изучить оценку локального статуса.
Обучить составлению плана обследования больного, последовательности применения уточняющих методов исследования.
Рассмотреть особенности обследования больных с тяжелыми повреждениями и острыми хирургическими заболеваниями, определение необходимости проведения неотложных диагностических и лечебных мероприятий.
Научить документировать полученные данные при обследовании хирургического больного в учебной истории болезни.

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.

Клинические проявления хирургических заболеваний и их осложнений; порядок опроса при осмотре хирургического больного.

Методы диагностики, диагностические возможности непосредственного исследования больного хирургического профиля.

Правила оформления и схемы написания истории болезни, направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний; системный подход к анализу медицинской информации.

Порядок ведения типовой медицинской документации. Диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического, профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику)

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.

Войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного. внушить ему доверие и уважение; задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни.

Проводить физикальное обследование хирургического больного.

Заполнять историю болезни; составлять план лабораторного инструментального обследования и направление на консультацию к другим специалистам.

Определить статус больного; провести первичную оценку состояния систем, органов. Определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидропневмоторакса. Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата

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.

Профессиональной этикой; знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений; алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного.

Правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования хирургического больного.

Способностью оформлять истории болезни, направления больного на лабораторные, инструментальные обследования и направление на консультацию к другим специалистам в соответствии с установленными требованиями.

Правильным ведением типовой медицинской документации. Интерпретацией результатов инструментальных и лабораторных методов диагностики

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.
6. Порядок обследования хирургического больного по органам и системам.
7. Составление плана обследования больного.
8. Последовательность применения уточняющих методов исследования.
9. Роль инструментальных и лабораторных методов в обследовании хирургического больного.
10. Определение объема обязательных и дополнительных обследований.
11. Структура историй болезни.

2. Практическая подготовка

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;

Студенты осваивают алгоритмы обследования хирургических больных с различными видами хирургической патологии с окончательным и предварительным диагнозом, знакомятся с принципами ведения больных в периоперационном периоде и программой последующей реабилитации. Знакомятся с методикой клинического обследования хирургического больного и правилами оформления учебной истории болезни.

Алгоритм «Обследование хирургического больного»

Цель: Диагностика заболевания хирургического больного и назначение лечения.

Показания: Наличие хирургического заболевания у больного

Оснащение: Градусник, тонометр, стетофонендоскоп, шпатель для осмотра ротоглотки.

Перед выполнением манипуляции

1. Оденьте чистый выглаженный халат, полностью прикрывающий вашу одежду (платье или юбка для девочек, а брюки – только для ребят!), чистую выглаженную шапочку на голову. Вторя обувь должна быть из кожи или из кожзаменителя.
2. Помойте руки с двукратным намыливанием и осушите полотенцем.
3. Ваше выражение лица должно быть доброжелательное.

Выполнение манипуляции

1. При входе в хирургическую палату вежливо, доброжелательно поприветствуйте больных.
2. Спросите фамилию, имя, отчество больного, которому будет проводиться обследование.
3. Представьтесь сами.
4. С первых слов создайте впечатление приветливости, участия, готовности помочь. Ваша речь должна быть спокойной и неторопливой, тон мягким, с оттенком доброжелательности, добросердечности. Вопросы, задаваемые больному, всегда должны быть ясными и простыми, иначе больной, не поняв и постеснявшись переспросить, даст неправильный ответ.
5. Затемследуяпорядкуобследованияхирургическогобольного,изложенномувучебномпособии «Клиническоеобследованиехирургическогобольногоиправилаоформленияисторииболезни»приступитекобследованиюбольного.

6. Приступив к объективному обследованию больного, необходимо объяснить ему цель и смысл представленных манипуляций.

7. Больной, уяснив их необходимость, будет стремиться точно следовать вашим рекомендациям, помогая вам.

8. Самые неприятные для больного манипуляции проводите в конце обследования, предупреждая о них.

9. Целенаправленновыявите жалобыбольногоиисториюразвитиязаболевания.

10. Выяснитесопутствующие перенесенныезаболевания иоперации.

11. Поинтересуйтесьо переносимостилекарственныхпрепаратах.

12. Проведитеобщеклиническоеобследованиебольного– осмотр, термометрию, пальпацию, перкуссию и аускультацию по системаморганизма.

13. Особотщательное вниманиеуделитеосмотруиоценкеместногостатуса.

14. Оберегаяспокойствиебольного, вдоступнойипростойформерасскажитеохарактереистепенисерьезностизаболевания.

15. Вежливопоблагодаритебольногозапомощьвобследованиии,прощаясьсним,пожелайтедоброгоздравия.

В учебной комнате:
Составьте план обследования больного – лабораторного и инструментального.
Определите объем обязательных и дополнительных исследований, а также последовательность, применение уточняющих методов исследования.
Определите необходимость проведения неотложных диагностических и лечебных мероприятий. Возьмите в хирургическом отделении историю болезни обследованного больного и познакомьтесь с ней. Выпишите из нее лабораторные показатели и результаты различных дополнительных исследований.
Все данные обследования внесите в учебную историю болезни, составленную по образцу из учебно-методического пособия.
Выводы. В заключительной части подводятся итоги выполнения заданий студентами, даются ответы на возникшие вопросы и рекомендации для самостоятельного написания учебной истории болезни к следующему занятию.

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 задач 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.

- У больного, которому утром была произведена операция по поводу паховой грыжи, к вечеру повязка на ране начала обильно промокать кровью. Применяемые местно в течение часа пузыри со льдом и мешочек с песком эффекта не дали.

Какое осложнение в раннем послеоперационном периоде возникло у больного?

Ваша дальнейшая тактика?

1. У больного в раннем послеоперационном периоде возникло вторичное кровотечение.
2. Больного следует взять в операционную.
3. После соответствующего обезболивания, провести ревизию раны, лигировать кровоточащий сосуд или дополнительно наложить на рану 1-2 шва с целью гемостаза.

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?

- В приёмный покой поступил больной, мужчина 48 лет с жалобами на слабость, головокружение, умеренные боли в левом подреберье. Из анамнеза известно, что 12 ч. назад он упал с лестницы и ударился левой рёберной дугой.Накануне поступления был обморок.
- Больной лежит в вынужденном положении. Изменение положения тела усиливает боли в животе. Кожные покровы бледные. Пульс 120 уд.в мин. АД 90/50 мм.рт.ст. Дыхание поверхностное. Пальпаторно отмечаются умеренное напряжение мышц брюшной стенки, притупление перкуторного звука в левом подреберье и отлогих местах живота. Гемоглобин крови-98 г/л.

Ваш предположительный диагноз и тактика?

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.

- Устройство, оснащение, принцип работы хирургического кабинета поликлиники.
- Какие операции проводятся хирургическим больным в поликлинике?
- Что представляет собой стационар одного дня?
- Основная хирургическая документация в поликлинике.
-Группы диспансерных хирургических больных.
- Права и обязанности хирурга поликлинике.
- Каков порядок обследования хирургического больного?
-План обследования больного.
- Какова последовательность применения уточняющих методов исследования.
- Поясните роль инструментальных и лабораторных методов в обследовании хирургического больного.
-Определите объем обязательных и дополнительных обследований.
- Особенности структуры истории болезни хирургического больного.

- Оценка локального статуса.
- Особенности обследования больных с тяжёлыми повреждениями и острыми хирургическими заболеваниями.
- Определение необходимости проведения диагностических и лечебных мероприятий.
- Порядок составления учебной истории болезни.

3) Составить учебную историю болезни по данным обследования хирургического больного на практическом занятии.

4) 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 бактерионосители 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 одиним 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) инстилляции в полости через микроирргигаторы;
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;
в0 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 мазевой 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» (гематомезиз);
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 верхне-наружном квадранте молочной железы. Какое исследование в первую очередь необходимо?
а) дуктография;
б) маммграфия;
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 переломов 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:
а) зондовое промывание пищевода и желудка водой;
б) назначение обезболивающих и седативных средств в инъекциях;
в) приём молока;
г) все верно;
д) все неверно.

20) Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита на первом месте стоит:
а) геморрой;
б) повреждении слизистой прямой кишки при медицинских манипуляциях;

в) микротравма слизистой каловыми массами;
г) ранения прямой кишки;
д) воспалительные заболевания тазовых органов.

21. 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.

22. При острой артериальной ишемии, проявляющейся плегией и тотальной контрактурой конечности, устанавливается диагноз:

а) ишемия I Б;
б) ишемия II Б;
в) ишемия III А;
г) ишемии III Б;
д) ишемии III В.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. 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.

29. Стадия компенсации варикозной болезни (ХВН-I) может проявиться всем, кроме:

а) ощущения тяжести и полноты в ногах;
б) кожного зуда;
в) ночных судорог в голенях;
г) пастозности стоп, проходящих за ночь;
д) болей диффузного характера к концу дня.

30. 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.

31. 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) тромбофлебит подкожных вен;
д) микробная экзема кожи.

32. 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.

33. При варикотромбозе, восходящем от голени до верхней трети бедра, показано:

1) назначение дезагрегантов (аспирин, бутадион);
2) регионаргая тромболитическая терапия;
3) операция Троянова-Тренделенбурга;
4) иссечение варикозных вен с перевязкой перфорантных;
5) гирудотерапия и элластическая компрессия голени и бедра.

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

34. При первичной варикозной болезни вен н/конечностей с ХВН – II методом выбора в лечении будет:

а) элластическая компрессия;
б) операция – флебэктомия;
в) ЛФК и массаж;
г) склерозирующая терапия;
д) терапия флебопротекторами.

35. 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».

36. 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.

37. После комбинированной флебэктомии по поводу варикозной болезни нижних конечностей показано:

а) раннее вставание;
б) элластическое бинтование конечностей;
в) физиотерапевтическое лечение;
г) лечебная ггимнастика;
д) всё перечисленное.

38. Флеботромбозу способствует:

а) мышечная релаксация;
б) травма сосудов;
в) варикозная трансформация вен;
г) гиперкоагуляция;
д) всё вышеперечисленное.

39. 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.

40. Наиболее опасным осложнением глубоких венозных тромбозов является:
а) трофическая язва голени;
б) ТЭЛА;
в) тромбофлебит п/к вен;
г) развитие ПТФС;
д) вторичное ВРВ.

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. 21. –г; 22. –в; 23. –в; 24. –д; 25. –б; 26. –а; 27. –а; 28. -а; 29. –в; 30. –а; 31. –г; 32. –г; 33. –б; 34. –б; 35. –д; 36. –д; 37. –д; 38. –д; 39. –а; 40. –б;

Подготовить презентации по теме:

« Права и обязанности хирурга поликлиники» ,
«Методика обследования больных с заболеваниями сосудов нижних конечностей».

Рекомендуемая литература:

Основная

№ 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, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
2	Общая хирургия	Петров С.В.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2020	100	+ ЭБС Консультант студента
3	Хирургические болезни	Савельев В.С., Кириенко А.И.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2014		+ ЭБС Консультант студента

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	The manual	Gostishev V/K. General surgery	-M.:GEOTAR-Media, 2006	20	+ ЭБС Консультант студента
2	Деонтология в хирургии	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	10	-
3	Клинический уход за хирургическими больными «Уроки доброты»	Шевченко А.А.	М.: ГОЭТАР - Медиа, 2008 г	100	+ ЭБС Консультант студента
4	Острые венозные тромбозы: учебное пособие	Малахов В.П.	Кировская ГМА – Киров, 2005 г	20	+ ЭБС Ки-

	для студентов мед.вузов				ровского ГМУ
5	Известные Вятские хирурги II половины XX века	Шейкман М.В.	Киров КОГУЗ «МИАЦ», 2008	3	-
6	Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни	Фетисов В.А. Шевченко А.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2012 г	95	-
7	Дренирование в хирургии: учебное пособие	Аверьянов М.Ю. Фетисов В.А.	КГМА, 2016 г	91	+ ЭБС Кировского ГМУ
8	Основы гемотрансфузиологии: учебное пособие	Фетисов В.А. Гаар В.Г.	КГМА, 2015 г	70	+ ЭБС Кировского ГМУ

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

Кафедра общей хирургии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

«Общая хирургия, хирургические болезни»

Специальность 31.05.03 Стоматология
Направленность (профиль) ОПОП – Стоматология
Форма обучения очная

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ОПК-1. Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности						
ИД ОПК 1.1 Соблюдает нормы морали, принципы этики и деонтологии в профессиональной деятельности, осуществляет взаимодействие в системе «врач – пациент» в соответствии с нормами этики и деонтологии						
Знать	Не знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками	Не в полном объеме знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками, допускает существенные ошибки	Знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками, допускает ошибки	Знает основы медицинской деонтологии при работе с коллегами и медицинским персоналом, пациентами и их родственниками	собеседование, презентация	собеседование
Уметь	Не умеет соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с паци-	Частично освоено умение соблюдать морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в	Правильно использует морально-правовые нормы; соблюдает принципы врачебной этики и деонтологии в работе с паци-	Самостоятельно соблюдает морально-правовые нормы; соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с паци-	собеседование, деловая игра, ситуационные задачи	Собеседование, прием практических навыков

	ентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня.	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.	ентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдает врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня, допускает ошибки	ентами (их родственниками / законными представителями), коллегами, законы и нормативные акты по работе с конфиденциальной информацией, соблюдать врачебную тайну, стремиться к повышению своего культурного уровня.		
Владеть	Не владеет принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	Не полностью владеет принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	Способен использовать принципы врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	Владеет принципами врачебной деонтологии и врачебной этики; способностью соблюдать этические аспекты врачебной деятельности в общении с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	собеседование, ситуационные задачи	прием практических навыков
ОПК-2. Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок						
ИД ОПК 2.1. Осуществляет профессиональную деятельность в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания об обязанностях врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способах и средствах проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, пра-	Общие, но не структурированные знания об обязанностях врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способах и средствах проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений ме-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания об обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способах и средствах проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических	Сформированные систематические знания об обязанностях врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способах и средствах проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений ме-	собеседование, тестовые задания, презентации	тестовые задания, собеседование

	вил использования медицинского инструментария	дицинских организаций, правил использования медицинского инструментария	помещений медицинских организаций, правил использования медицинского инструментария	дицинских организаций, правил использования медицинского инструментария.		
Уметь	Частично освоенное умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	Сформированное умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций	собеседование, ситуационные задачи	Собеседование, прием практических навыков
Владеть	Не владеет навыками применения методов асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.	Не полностью владеет навыками применения методов асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.	Способен использовать навыки применения методов асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.	Владеет навыками применения методов асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях.	собеседование, ситуационные задачи	Собеседование, прием практических навыков
ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач						
ИД ОПК 5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента						
Знать	Фрагментарные знания клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений, порядка опроса при осмотре хирургического больного	Общие, но не структурированные знания клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений, порядка опроса при осмотре хирургического больного	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений, порядка опроса при осмотре хирургического	Сформированные систематические знания клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений, порядка опроса при осмотре хирургического больного	тестовые задания, собеседование, написание истории болезни, презентации	тестовые задания, собеседование

			больного			
Уметь	Частично освоенное умение войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни	В целом успешное, но не систематическое умение войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни	Сформированное умение войти в душевный контакт, расположить к себе хирургического больного, внушить ему доверие и уважение. Задавать простые и ясные вопросы по заболеванию, истории болезни и жизни	решение ситуационных задач, собеседование, тестовые задания, написание истории болезни	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков
Владеть	Не владеет навыками профессиональной этики, знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного	Не полностью владеет навыками профессиональной этики, знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного	Способен использовать навыки профессиональной этики, знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного	Владеет навыками профессиональной этики, знанием клинических проявлений хирургических заболеваний и их осложнений. Алгоритмом сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни хирургического больного	ситуационные задачи, написание истории болезни	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков
ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач						
ИД ОПК 5.2. Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)						
Знать	Не знает методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического профиля	Не в полном объеме знает, методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического профиля, допускает существенные ошиб-	Знает, методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического профиля, допускает ошибки	Знает методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического профиля	тестовые задания, собеседование	тестовые задания, собеседование

		ки				
Уметь	Не умеет проводить физикальное обследование хирургического больного, собирать анамнез, проводить опрос больного и/или его родственников, проводить клиническое обследование хирургического больного; анализировать полученные данные и выделять клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи	Частично умеет проводить физикальное обследование больного хирургического профиля, собирать анамнез, проводить опрос больного и/или его родственников, проводить клиническое обследование хирургического больного; анализировать полученные данные и выделять клинические синдромы заболевания; поставить диагноз, оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи	Правильно использует методику физикального обследования больного хирургического профиля, собирает анамнез, проводит опрос больного и/или его родственников, проводит клиническое обследование хирургического больного; анализирует полученные данные и выделяет клинические синдромы заболевания; ставит диагноз, оценивает состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи	Самостоятельно проводит физикальное обследование больного хирургического профиля, собирает анамнез, проводит опрос больного и/или его родственников, проводит клиническое обследование хирургического больного; анализирует полученные данные и выделяет клинические синдромы заболевания; ставит диагноз, оценивает состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи	решение ситуационных задач, собеседование, тестовые задания	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков
Владеть	Не владеет правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования больного хирургического профиля	Не полностью владеет правильным ведением медицинской документации; методами общеклинического обследования больного хирургического профиля	Способен использовать навыки правильного ведения медицинской документации; методы общеклинического обследования больного хирургического профиля	Владеет навыками. правильного ведения медицинской документации; методами общеклинического обследования больного хирургического профиля	ситуационные задачи	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков
ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач						
ИД ОПК 5.4. Направляет пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания о правилах оформления и схемы написания истории болезни,	Общие, но не структурированные знания о правилах оформления и схемы написа-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о правилах оформления	Сформированные систематические знания о правилах оформления и схемы написа-	собеседование	тестовые задания, собеседование

	направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний; системный подход к анализу медицинской информации	ния истории болезни, направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний; системный подход к анализу медицинской информации	и схемы написания истории болезни, направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний; системный подход к анализу медицинской информации	ния истории болезни, направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний; системный подход к анализу медицинской информации		
Уметь	Частично освоенное умение заполнять историю болезни. Составлять план лабораторно-инструментального обследования и направление на консультацию к другим специалистам	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение заполнять историю болезни. Составлять план лабораторно-инструментального обследования и направление на консультацию к другим специалистам	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения заполнять историю болезни. Составлять план лабораторно-инструментального обследования и направление на консультацию к другим специалистам	Сформированное умение заполнять историю болезни. Составлять план лабораторно-инструментального обследования и направление на консультацию к другим специалистам	решение ситуационных задач, собеседование, написание истории болезни	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков оформлять истории болезни, направления больного на лабораторно-инструментальные обследования и направление на консультацию к другим специалистам в соответствии с установленными требованиями	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оформлять истории болезни, направления больного на лабораторные, инструментальные обследования и направление на консультацию к другим специалистам в соответствии с установленными требованиями	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков оформлять истории болезни, направления больного на лабораторные, инструментальные обследования и направление на консультацию к другим специалистам в соответствии с установленными требованиями	Успешное и систематическое применение навыков оформлять истории болезни, направления больного на лабораторные, инструментальные обследования и направление на консультацию к другим специалистам в соответствии с установленными требованиями	ситуационные задачи	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков
ОПК-7. Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения						
ИД ОПК 7.1 Распознает состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной или						

экстренной формах						
Знать	Фрагментарные знания особенностей ведения больных, находящихся в критических состояниях, принципов оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	Общее, но не структурированные знания особенностей ведения больных, находящихся в критических состояниях, принципов оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей ведения больных, находящихся в критических состояниях, принципов оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	Сформированные систематические знания особенностей ведения больных, находящихся в критических состояниях, принципов оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	тестовые задания, собеседование, презентации	тестовые задания, собеседование
Уметь	Частично освоенные умения установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом. Оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим при ранениях, при кровотечениях, травмах, механической асфиксии, клинической смерти	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом. Оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим при ранениях, при кровотечениях, травмах, механической асфиксии, клинической смерти	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умения установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом. Оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим при ранениях, при кровотечениях, травмах, механической асфиксии, клинической смерти	Сформированное умение установить приоритеты для решения проблем здоровья больного: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом. Оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим при ранениях, при кровотечениях, травмах, механической асфиксии, клинической смерти	решение ситуационных задач, собеседование, тестовые задания	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков
Владеть	Фрагментарное применение навыков основных врачебных, диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	В целом успешное, но не систематическое применение навыков основных врачебных, диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения навыков основных врачебных, диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой медицинской помощи при неотложных и угро-	Успешное и систематическое применение навыков основных врачебных, диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	ситуационные задачи	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков

		состояниях	жающих жизни состояниях			
ОПК-9 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач						
ИД ОПК 9.3. Использует современные методы функциональной диагностики, интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека						
Знать	Фрагментарные знания о правилах ведения типовой медицинской документации, диагностических возможностях методов непосредственного исследования больного хирургического профиля, современных методах клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику)	Общее, но не структурированные знания по ведению типовой медицинской документации, диагностическим возможностям методов непосредственного исследования больного хирургического профиля, современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику)	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания по ведению типовой медицинской документации, диагностическим возможностям методов непосредственного исследования больного хирургического профиля, современных методов клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику)	Сформированные систематические знания по ведению типовой медицинской документации. Диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического, профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику)	собеседование, ситуационные задачи	тестовые задания, собеседования
Уметь	Частично освоенные умения определять статус больного; провести первичную оценку состояния систем, органов. Определять по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидропневмоторакса. Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогно-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение определять статус больного; провести первичную оценку состояния систем, органов. Определять по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидропневмоторакса. Наметить объем дополнитель-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы определять статус больного; провести первичную оценку состояния систем, органов. Определять по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидропневмоторакса. Наметить объем дополнительных исследова-	Сформированное умение определить статус больного; провести первичную оценку состояния систем, органов. Определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидропневмоторакса. Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогно-	решение ситуационных задач, собеседование	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков

	зом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата	ных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата	ний в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата	зом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата		
Владеть	Фрагментарное применение навыков ведения типовой медицинской документации, интерпретации результатов инструментальных и лабораторных методов диагностики	В целом успешное, но не систематически применение навыков ведения типовой медицинской документации, интерпретацией результатов инструментальных и лабораторных методов диагностики	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в правильном ведении типовой медицинской документации, интерпретации результатов инструментальных и лабораторных методов диагностики	Успешное и систематическое применение навыков ведения типовой медицинской документации интерпретации результатов инструментальных и лабораторных методов диагностики	ситуационные задачи	собеседование, тестовые задания, прием практических навыков

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки

Код компетенции	*Комплект заданий для оценки сформированности компетенций*
ОПК-1 ***ИД ОПК 1.1***	**Примерные вопросы к экзамену** **(с №1 по №9 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля** **(с №1 по №5 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))**
	Примерные ситуационные задачи 1. При подготовке больного к плановой операции палатная медсестра побрила операционное поле у больного накануне вечером. Какую ошибку она допустила и как ее исправить? 2. Родственники больной, находящейся на лечении в хирургическом отделении, пытаются выяснить по телефону у палатной медсестры, с каким диагнозом и в каком состоянии находится данная больная. Ваши действия и рекомендации
	Примерный сюжет деловой игры **1 Тема** Эластическое бинтование нижних конечностей. **2 Концепция игры** Подготовка к выполнению плановой хирургической операции. **3 Роли:** - Врач-хирург; - Палатная медицинская сестра; - Больной; **4 Ожидаемый результат:** Наложение эластических бинтов на нижние конечности с соблюдением правил бинтования.
	Примерные темы для презентаций Без теплого слова не лечат больного Жизненный подвиг доктора Гааза Подвиг медицинских работников в ВОВ

	Жизненный путь основателя КГМУ В.А. Журавлева
ОПК-2 ***ИД ОПК 2.1***	**Примерные вопросы к экзамену** **с № 10 по №54** **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **с № 6 по № 29**
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** Для дезинфекции загрязненных резиновых перчаток применяют: а) 3% раствор хлорамина*; б) 2% спиртовый раствор йода; в) 70% спирт этиловый; г) 0,5% нашатырный спирт; д) раствор сулемы. Что делают в первую очередь при извлечении биксов Шиммельбуша со стерильным материалом из парового стерилизатора? а) контролируют стерильность; б) ставят для охлаждения на полку; в) маркируют датой стерилизации; г) закрывают шторки боковых отверстий*; д) протирают биксы насухо. 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*. Что способствует распространению нозокомиальной инфекции? а) нарушение правил асептики в режимных отделениях больниц*; б) появление в отделении клопов и тараканов; в) несоблюдение больными личной гигиены; г) педикулёз среди больных; д) появление в отделении больных чесоткой. К предоперационным мероприятиям, уменьшающим риск инфицирования операционной раны, относится все, кроме: а) гигиеническая ванна; б) антибиотикотерапия*; в) сбривание волос; г) очищение желудочно-кишечного тракта; д) санация местных очагов инфекции. ***2 уровень:*** Укажите режимы стерилизации изделий медицинского назначения в паровом стерилизаторе согласно ОСТ – 85г.: 1) 2 атм. – 132^0 – 20 мин.; 2) 2 атм. – 132^0 – 45 мин.; 3) 1,1 атм. – 120^0 – 45 мин.; 4) 1,1 атм. – 120^0 – 60 мин.; 5) 1,0 атм. – 100^0 – 60 мин. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 1 и 3*; в) 2 и 4; г) 3 и 5; д) всё верно. К физическим методам достижения асептичности относятся: 1) термическая стерилизация; 2) лучевая стерилизация; 3) дренирование ран; 4) ультразвуковая стерилизация;

	5) ультрафиолетовое облучение ран; Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 3; б) 3, 4, 5; в) 2, 4, 5; г) 1, 2, 4*; д) 2, 3, 5. ***3 уровень:*** Патрульным нарядом полиции вызвана машина скорой помощи. Прибыв на место происшествия, Вы обнаружили лежащего на спине мужчину, у которого в грудной клетке в 6 межреберье слева по передней подмышечной линии торчит нож. *1. С чего Вы начнете оказание первой медицинской помощи пострадавшему* а) определения наличия сознания путем словесно-контактного обращения б) определения наличия сердцебиения по пульсации на сонной артерии; в) определения наличия дыхания по запотеванию зеркальца, поднесенного к носу; г) определения зрачковых рефлексов; д) определения признаков жизни* *2. Какую помощь Вы окажете пострадавшему?* а) удалить из раны нож, наложить на рану давящую повязку, пострадавшего осторожно уложить на носилки, ввести обезболивающее, наладить внутривенное капельное введение кровезаменителей и срочно транспортировать в больницу. б) удалить из раны нож, наложить окклюзионную повязку, пострадавшего осторожно уложить на носилки, ввести обезболивающее, наладить внутривенное капельное введение кровезаменителей и срочно транспортировать в больницу. в) не удаляя из раны нож, пострадавшего осторожно уложить на носилки, ввести обезболивающее, срочно транспортировать в больницу. г) не удаляя из раны нож, пострадавшего осторожно уложить на носилки, ввести обезболивающее, наладить внутривенное капельное введение кровезаменителей и срочно транспортировать в больницу. д) не удаляя из раны нож, пострадавшего осторожно уложить на носилки, ввести обезболивающее, наладить внутривенное капельное введение кровезаменителей и срочно транспортировать в больницу, предупредив по рации дежурного хирурга*
	Примерные ситуационные задачи 1. В отделение поступил больной с хроническим кровоточащим геморроем, выраженной анемией. Пульс 80 уд/мин., АД 120/70 мм. рт. ст., гемоглобин 60 г/л. В целях восполнения дефицита красных кровяных телец в предоперационном периоде больному перелито 400 мл. одногруппной резус-совместимой эритроцитарной массы. Как оформляется документация на проведённую гемотрансфузиологию? 2. Юноша, 17 лет, во время поездки в автобусе протянул в окно правую руку. На встречу шла грузовая машина, бортом которой была задета рука. Произошла травматическая ампутация правой верхней конечности на уровне средней трети плеча (конечность висит на лоскуте кожи). Из поврежденных артерий фонтанирует алая кровь. Как остановить кровотечение?
	Примерный сюжет деловой игры **1 Тема** Первичная хирургическая обработка случайной раны. **2 Концепция игры** Выполнение хирургической манипуляции по поводу случайной раны **3 Роли:** - Врач-хирург; - Палатная медицинская сестра; - Пострадавший; **4 Ожидаемый результат.** После обработки операционного поля, местного обезболивания, выполнения иссечения краев и дна раны с последующим гемостазом и наложение первичного хирургического шва
	Примерные темы для презентаций Современные аспекты дренирования ран и анатомических полостей Источники, способы получения и хранения препаратов для гемокомпонентной терапии Современные виды и техника местного и регионарного обезболивания Достижения и опасности общего обезболивания
ОПК-5 ***ИДОПК 5.1***	**Примерные вопросы к экзамену** **с №118 по №138** **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **с №78 по №95**

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1 уровень:

Облигатными анаэробами являются все микроорганизмы, кроме:
а) клостридий;
б) бактероидов;
в) пептострептококков;
г) кишечной палочки*;
д) фузобактерий.

К ранним симптомам развития анаэробной инфекции в ране конечности относятся все, кроме:
а) распирающих болей в ране;
б) слабого редкого пульса*;
в) увеличения объёма конечности (симптом «лигатуры»);
г) неадекватности поведения больного (эйфория);
д) высокой лихорадки.

Характерной особенностью газовой гангрены является развитие:
а) эксфолиативного дерматита;
б) целлюлита;
в) некротизирующего фасцита;
г) мионекроза*;
д) остеомиелита.

Вид раны при классической форме газовой гангрены:
а) гнойная с обилием грануляций;
б) чистая с обилием грануляций;
в) атоничная без признаков воспаления с обширными некрозами*;
г) с фибринозным налётом;
д) с выраженным перифокальным воспалением.

Радикальным способом хирургического лечения газовой гангрены является:
а) широкое рассечение раны и переливание противогангренозной сыворотки;
б) лампасные разрезы с ирригацией ран перекисью водорода;
в) ГБО и этапные некрэктомии;
г) высокая ампутация конечности гильотинным способом*;
д) вскрытие и дренирование флегмоны из контраппертур.

2 уровень:

Каковы признаки развития гнилостной инфекции в ране?
1) ихорозный запах;
2) отсутствие грануляций;
3) серый цвет эксудата;
4) обилие некротических тканей в ране;
5) мышцы, имеющие вид варёного мяса;
6) обильное гнойное отделяемое.
Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 5;
б) 3, 4, 6;
в) 1, 2, 3, 4*;
г) 4, 6;
д) 1, 3, 5.

К неклостридиальной анаэробной микрофлоре относятся:
1) фузобактерии;
2) пептострептококки;
3) стрептококки;
4) протей;
5) стафилококки;
6) эубактеры;
7) пептококки.
Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 3, 4, 7;
б) 4, 5, 6;

	в) 1, 2, 6, 7*; г) 3, 4, 5; д) верно все. ***3 уровень:*** У больного 45 лет, перенесшего пневмонию, появилась температура до 39^0С, 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. *1. Ваш диагноз?* а-рецидив пневмонии б- абсцесс лёгкого в-эмпиема плевры* г-пневмоторакс д- гангрена лёгкого *2. Какой вид обследования необходим больному в неотложном порядке?* а- рентгенография лёгких в двух проекциях*; б –УЗИ грудной клетки в- КТ грудной клетки г- обзорный снимок брюшной полости
	Примерные ситуационные задачи 1. 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? 2. 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?
	Примерные темы для подготовки презентаций 1. Современные методы лечения гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки 2. Опасности осложнений общей гнойной инфекции, их предупреждение и лечение 3. Клинические особенности острой анаэробной хирургической инфекции. Диагностика, лечение, профилактика
ОПК-5 ***ИД ОПК 5.2***	**Примерные вопросы к экзамену** **с №61 по №105** **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **с №36 по №66**
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** Рак развивается из каких тканей? а) незрелой соединительной ткани; б) железистого или покровного эпителия*; в) кровеносных сосудов; г) лимфатических узлов; д) гладкой мышечной ткани. К доброкачественным опухолям эпителиального происхождения не относятся: а) папиллома; б) полип;

в) атерома;
г) аденома;
д) дермоид*.

Опухоль молочной железы диаметром 1,5 см с единичными увеличенными подвижными подмышечными лимфоузлами относится к стадии:

а) $T_1N_1M_0$*;
б) $T_1N_0M_0$;
в) $T_2N_0M_0$;
г) $T_2N_1M_0$;
д) $T_3N_0M_0$.

Предраковыми заболеваниями желудка следует считать все, кроме:
а) хронического атрофического гастрита;
б) полипоза желудка;
в) каллезной язвы желудка;
г) лейомиомы желудка*;
д) гигантского гиперпластического гастрита.

Основным методом уточнения центрального рака легкого является:
а) флюорография;
б) томография легких;
в) компьютерная томография;
г) сканирование легких;
д) трахеобронхоскопия с биопсией*

2 уровень:

Признаками неоперабельности при установлении рака лёгкого является:
1) синдром верхней полой вены;
2) пищеводно-трахеальный свищ;
3) метастазы в надключичные лимфоузлы;
4) синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм);
5) паралич возвратного нерва (осиплость голоса).
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 3, 4; б) 4, 5; в) 2, 3; г) 1, 2; д) всё перечисленное*.

Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки зависит от:
1) локализации опухоли;
2) наличие или отсутствие осложнений (непроходимости);
3) общего состояния больного;
4) наличие отдалённых метастазов;
5) гистологического строения опухоли.
Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 2, 4; б) 1, 2, 3, 4*; в) 2, 3, 4, 5; г) 1, 2, 4, 5; д) все ответы верны.

3 уровень:

45 летний мужчина во время драки получил удар ножом в левую половину грудной клетки. Он жалуется на сильные боли в груди и невозможность дыхания. Объективно: больной не может говорить, отчётливое наполнение вен шеи при напряжении. Пульс 110 ударов в мин, слабый. На вдохе слабее, чем на выдохе. АД 90/50 мм.рт.ст., повышается на вдохе до 100 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены.

1. Ваш предположительный диагноз?
   а) Ушиб сердца
   б) Тампонада сердца*
   в) Инфаркт миокарда с сопутствующим перикардитом
   г) Эмфизема средостения
   д) Разрыв аорты
2. Какие виды обследования нужно назначить?

   а) направить больного в стационар для дополнительного обследования;
   б) обзорный снимок грудной клетки*;
   в) сделать ЭХО - кардиографию;
   г) сделать ЭКГ

	Примерные ситуационные задачи Больной С.,65 лет, обратился к хирургу с жалобами на наличие в области волосистой части головы трёх округлых образований от 1 до 2 см. в диаметре, которые впервые обнаружил 3-4 года назад. Они медленно увеличиваются, имеют чёткие ровные контуры, безболезненны, плотноэластической консистенции, кожа над ними несмещаема. Ваш диагноз и тактика? 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?
	Примерный перечень практических навыков Определить групповую принадлежности крови по системе АВ0 стандартными сыворотками. Определить групповою принадлежности крови по системе АВ0 цоликлонами. Определелить резус-принадлежность крови цоликлонами. Определить резус-принадлежность крови в пробирке методом агглютинации. Провести пробы на индивидуальную совместимость крови донора и больного. Протоколирование гемотрансфузий и оценка результата. Продемонстрировать технику дренирования ран между швами (выпускник), через рану (тампон), через контрапертуры (дренаж). Техника плеврального дренирования, уход за аппаратом Боброва
ОПК-5 ИД ОПК 5.4	**Примерные вопросы к экзамену** **с №146 по №157** **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **с №103 по №110**
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** 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. При острой артериальной ишемии, проявляющейся плегией и тотальной контрактурой конечности, устанавливается диагноз: а) ишемия I Б; б) ишемия II Б; в) ишемия III А*; г) ишемии III Б; д) ишемии III В. 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. 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*.

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.

2 уровень:

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.

При варикотромбозе, восходящем от голени до верхней трети бедра, показано:

1) назначение дезагрегантов (аспирин, бутадион);
2) регионаргая тромболитическая терапия;
3) операция Троянова-Тренделенбурга;
4) иссечение варикозных вен с перевязкой перфорантных;
5) гирудотерапия и элластическая компрессия голени и бедра.

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

3 уровень: Больная 30 лет жалуется на боли в молочных железах перед менструацией. При пальпации в мол. железах определяются множественные мелкие болезненные уплотнения. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш предварительный диагноз?

а – двусторонний рак молочных желёз 1-я стадия:
б – внутрипротоковые папилломы:
в- фиброаденома:
г- фиброзно-кистозная мастопатия*
д- все ответы неправильные.

2. Что следует знать для сбора анамнеза данной больной?

а – количество беременностей; наличие кровянистых выделений из сосков; наличие лихорадочной реакции; результаты осмотра маммолога*;
б – подвижность молочной железы;
в- выделение молока;
г- травмы молочной железы.

Примерные ситуационные задачи

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

В приёмный покой поступил больной, мужчина 48 лет с жалобами на слабость, головокружение, умеренные боли в левом подреберье. Из анамнеза известно, что 12 ч. назад он упал с лестницы и ударился левой рёберной дугой.

Накануне поступления был обморок.

Больной лежит в вынужденном положении. Изменение положения тела усиливает боли в животе. Кожные покровы бледные. Пульс 120 уд.в мин. АД 90/50 мм.рт.ст. Дыхание поверхностное. Пальпаторно отмечаются умеренное напряжение мышц брюшной стенки, притупление перкуторного звука в левом подреберье и отлогих местах живота. Гемоглобин крови-98 г/л.

Ваш предположительный диагноз и тактика?

У больного, которому утром была произведена операция по поводу паховой грыжи, к вечеру повязка на ране начала обильно промокать кровью. Применяемые местно в течение часа пузыри со льдом и мешочек с песком эффекта не дали.

	Какое осложнение в раннем послеоперационном периоде возникло у больного? Ваша дальнейшая тактика?
	Примерный перечень практических навыков Облачение в стерильную операционную одежду. Подготовка и обработка операционного поля. Постановка очистительных, сифонных, послабляющих и лекарственных клизм. Катетеризация мочевого пузыря металлическими и эластическими катетерами. Окончательная остановка наружного артериального кровотечения из второсте-пенного сосуда лигированием под зажимом или прошиванием в ране. Эластическое компрессионное бинтование нижних конечностей. Проведение местной инфильтрационной анестезии по А.В.Вишневскому
	Примерные задания к написанию учебной истории болезни Приводятся требования к структуре и оформлению учебной истории болезни согласно методических указаний, размещенных в электронно-библиотечной системе КГМУ: ,http://elib.kirovgma.ru/system/files/tutorial/metodika_klinicheskogo_obsledovaniya_hirurgicheskogo_bolnogo_i_shema_napisaniya_istorii_bolezni/metodika.pdf Порядок обследования хирургического больного - План обследования больного. - Какова последовательность применения уточняющих методов исследования. - Поясните роль инструментальных и лабораторных методов в обследовании хирургического больного. -Определите объем обязательных и дополнительных обследований. - Особенности структуры истории болезни хирургического больного. - Оценка локального статуса. - Особенности обследования больных с тяжёлыми повреждениями и острыми хирургическими заболеваниями. - Определение необходимости проведения диагностических и лечебных мероприятий. - Порядок составления учебной истории болезни.
ОПК-7 ***ИД ОПК 7.1***	**Примерные вопросы к экзамену** **с № 55 по №60, с№ 106 по №117, с №139 по №145** **Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля** **с №30 по №35, с №67 по №77, с № 96 по №102**
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** 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. 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. Первая медицинская помощь при СДР после освобождения конечностей из завала включает всё, кроме:

а) иммобилизации;
б) введения аналгетиков;
в) наложения жгута*;
г) элластического бинтования конечностей;
д) наложения холода (льда, снега).

Важнейшим приёмом оказания ПМП пострадавшему с открытым пневмотораксом будет:

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

Неотложные мероприятия при травматическом шоке III степени включают:

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

2 уровень:

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.

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

1) очистительной клизме;
2) наложения холода на живот;
3) назначении аналгетиков;
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.

	3 уровень: Больной К.,27 лет, доставлен с ножевым ранением живота спустя 4 ч. с момента травмы. Состояние крайне тяжёлое. Пульс нитевидный, 120 уд. в мин. Артериальное давление 70/40 мм. рт. ст. Произведена экстренная лапаротомия. В брюшной полости много жидкой крови и сгустков. По мере аспирации крови установлен источник кровотечения: разрыв селезёнки. Произведён гемостаз. Повреждений полых органов не установлено. *1. Как поступить с собранной кровью?* а) в собранную кровь добавить гепарин и провести реинфузию крови пострадавшему; б) в собранную кровь добавить цитрат натрия и провести реинфузию крови пострадавшему; в) собранную кровь утилизировать; г) в собранную кровь добавить стабилизатор, произвести реинфузию крови с использованием системы для инфузии с фильтром*; д) собранную кровь отправить на бакконтроль; *2. Как поступить с повреждённым органом - селезёнкой?* *а) убрать селезёнку**; б) зашить селезёнку; в) перелить кровь из забрюшинной гематомы: г) осушить брюшную полость и ввести антибиотик
	Примерные ситуационные задачи 1. 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? 2. 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?
	Примерные темы для презентаций Современные способы и методы СЛР Структура и принципы оказания скорой медицинской помощи при острых хирургических заболеваниях Проблемы оказания первой медицинской помощи и лечения закрытой и открытой ЧМП Проблемы лечения ожоговых больных
ОПК-9 ***ИД ОПК 9.3***	**Примерные вопросы к экзамену** **с №158 по №165** **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **с №111 по №118**
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** 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. 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 IIА; г) рак антрального отдела желудка со стенозом; д) постиньекционная флегмона плеча.

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.

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

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

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 на кануне операции.

2 уровень:

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.

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.

3 уровень

У 70-летней больной, страдающей варикозным расширением подкожных вен обеих нижних конечностей, внезапно открылось кровотечение из разорвавшегося узла по внутренней поверхности нижней трети правой голени. Из раны довольно интенсивно вялой струёй изливается тёмная кровь.

1. Какой объём первой помощи должен быть оказан больной?

а) пальцевое прижатие места кровотечения;
б) возвышенное положение правой голени;

	в) максимальное сгибание правой нижней конечности в коленном суставе; г) наложение кровоостанавливающего зажима на кровоточащий сосуд д) наложить венозный жгут ниже раны в области правой голени* *2. Какую повязку Вы наложите на рану правой голени?* а) наложить кровоостанавливающий жгут на область правой голени; б) наложить давящую спиральную повязку на область правой голени и придать ей возвышенное положение; в) наложить ползучую повязку на область правой голени и придать ей возвышенное положение; г) наложить окклюзионную повязку на область правой голени; д) наложить давящую циркулярную повязку на область правой голени и максимально согнуть правую нижнюю конечность в коленном суставе*
	Примерные ситуационные задачи 1. Больная М.,75 лет, через 15 минут после операции, проведённой под наркозом по поводу острого аппендицита, посинела. Дыхание редкое прерывистое. Какое осложнение раннего послеоперационного периода развилось у больной? Ваши действия? 2. У больного, внезапно умершего в послеоперационной палате (потеря сознания, исчезновение пульса, судороги), на кардиомониторе отмечена крупноволновая фибрилляция желудочков сердца. Что предпринять в первую очередь?
	Примерное задание к написанию учебной истории болезни При входе в хирургическую палату вежливо, доброжелательно поприветствуйте больных. Спросите фамилию, имя, отчество больного, которому будет проводиться обследование. Представьтесь сами. С первых слов создайте впечатление приветливости, участия, готовности помочь. Ваша речь должна быть спокойной и неторопливой, тон мягким, с оттенком доброжелательности, добросердечности. Вопросы, задаваемые больному, всегда должны быть ясными и простыми, иначе больной, не поняв и постеснявшись переспросить, даст неправильный ответ. Затем следуя порядку обследования хирургического больного, изложенному в учебном пособии «Клиническое обследование хирургического больного и правила оформления истории болезни» приступите к обследованию больного. Приступив к объективному обследованию больного, необходимо объяснить ему цель и смысл представленных манипуляций. Больной, уяснив их необходимость, будет стремиться точно следовать вашим рекомендациям, помогая вам. Самые неприятные для больного манипуляции проводите в конце обследования, предупреждая о них. Целенаправленно выявите жалобы больного и историю развития заболевания. Выясните сопутствующие перенесенные заболевания и операции. Поинтересуйтесь о переносимости лекарственных препаратах. Проведите общеклиническое обследование больного – осмотр, термометрию, пальпацию, перкуссию и аускультацию по системам организма. Особо тщательное внимание уделите осмотру и оценке местного статуса. Оберегая спокойствие больного, в доступной и простой форме расскажите о характере и степени серьезности заболевания. Вежливо поблагодарите больного за помощь в обследовании и, прощаясь с ним, пожелайте доброго здравия

Критерии оценки экзаменационного собеседования, собеседования текущего контроля:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усво-

ивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

Критерии оценки тестовых заданий:
«зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
«не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Критерии оценки ситуационных задач*:*

«отлично» - обучающийся активно, без наводящих вопросов отвечает правильно и в полном объеме на поставленные вопросы; при решении ситуационной задачи ответ содержит полную информацию о симптомах, имеющихся у пациента, с объяснением их патогенеза; о синдромах и нозологической принадлежности заболевания; обоснованно назначает дополнительное обследование и интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; обучающийся может провести дифференциальный диагноз в рамках патологии, в полном объеме назначает и обосновывает необходимое лечение, знает фармакологические группы препаратов, механизм действия препаратов, главные противопоказания и побочные эффекты.

«хорошо» - обучающийся отвечает правильно и в полном объеме, но в процессе собеседования ставились наводящие вопросы.

«удовлетворительно» - обучающийся правильно выявляет симптомы и синдромы и объясняет их патогенез, определяет нозологическую принадлежность болезни. Допускается неполное выделение симптомов при условии, что это не помешало правильно выявить синдромы; неполное выделение или неполное объяснение синдромов при условии, что диагностическая принадлежность заболевания была определена правильно; неполная интерпретация результатов дополнительного обследования; не полностью сформулированы основные направления лечения; ответы на вопросы даются в достаточном объеме после наводящих вопросов, обучающийся показал понимание патогенетической сути симптомов и синдромов, принадлежность синдромов к нозологической форме.

«неудовлетворительно» - у обучающегося отсутствует понимание сущности и механизма отдельных симптомов и синдромов, в том числе ведущего; обучающийся не умеет оценить результаты дополнительных исследований; не понимает сущности механизма лабораторных синдромов; не умеет оценить ЭКГ и ФВД; не понимает принципов лечения; не может исправить пробелы в ответе даже при наводящих и дополнительных вопросах.

Критерии оценки подготовки презентации:

Оценка «отлично» – работа полностью соответствует всем требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению презентации. Полностью раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание точно соответствует теме презентации. Работа написана грамотно, логично, использована современная терминология. Обучающийся владеет навыками формирования системного под-

хода к анализу информации, использует полученные знания при интерпретации теоретических и практических аспектов, способен грамотно редактировать тексты профессионального содержания. В работе присутствуют авторская позиция, самостоятельность суждений.

Оценка «хорошо» – работа в целом соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению презентации. Раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание соответствует теме. Работа составлена грамотно, литературным языком, использована современная терминология. Допущены неточности при анализе информации, при использовании полученных знаний для интерпретации теоретических и практических аспектов, имеются некритичные замечания к оформлению основных разделов работы. В работе обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «удовлетворительно» – работа не полностью соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению презентации. Частично раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание не полностью соответствует теме. Допущены ошибки в стилистике изложения материала, при использовании современной терминологии. Обучающийся слабо владеет навыками анализа информации. В работе не сделаны выводы (заключение), не обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «неудовлетворительно» – работа не соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению презентации. Допущены существенные ошибки в стилистике изложения материала. Обучающийся не владеет навыками анализа информации, а также терминологией. Тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Критерии оценки по участию в деловой игре

«отлично» - принимает активное участие в работе группы, предлагает собственные варианты решения проблемы, выступает от имени группы с рекомендациями по рассматриваемой проблеме либо дополняет ответчика; демонстрирует предварительную информационную готовность в игре

«хорошо» - принимает активное участие в работе группы, участвует в обсуждениях, высказывает типовые рекомендации по рассматриваемой проблеме, готовит возражения оппонентам, однако сам не выступает и не дополняет ответчика; демонстрирует информационную готовность к игре

«удовлетворительно» - принимает участие в обсуждении, однако собственной точки зрения не высказывает, не может сформулировать ответов на возражения оппонентов, не выступает от имени рабочей группы и не дополняет ответчика; демонстрирует слабую информационную подготовленность к игре

«неудовлетворительно» - не принимает участия в работе группы, не высказывает никаких суждений, не выступает от имени группы; демонстрирует полную неосведомленность по сути изучаемой проблемы

Критерии оценки по написанию учебной истории болезни:

«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 ис-

пользованием 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.

2.2. Примерные вопросы к экзамену

1. Хирургия как отрасль медицины. Основные виды хирургической патологии: приобретенные и врожденные заболевания, повреждения. Многообразие хирургических специальностей.
2. Основные исторические этапы развития хирургии. Естественно-научные открытия, составившие фундамент современной хирургии.
3. Развитие хирургии в России. Важнейшие отечественные хирургические школы. Хирургия в Кировской области и клиниках КГМА.
4. Современная хирургия как одна из основных клинических наук и врачебных специальностей. Хирургическая литература и глобализация обмена информацией в области хирургии.
5. Организация хирургической помощи в Российской Федерации в городах и сельской местности.
6. Система подготовки врача-хирурга в РФ. Последипломная специализация и усовершенствование. Профессиональная аттестация хирургов.
7. Юридические основы хирургической деятельности. Хирургическая документация: амбулаторная карта и карта стационарного больного, операционный журнал.
8. Деонтология как элемент хирургической деятельности. Врачебная этика и уровни взаимоотношений в хирургической среде. Ятрогенная патология в хирургии.
9. Система выхаживания хирургических больных в хирургическом и реанимационном отделениях. Роль младшего и среднего персонала в этом процессе и деонтология их труда.
10. Понятие о хирургической инфекции. Источники и пути распространения инфекции, экзо- и эндогенная контоминация ран. Специфика внутрибольничной (госпитальной) инфекции.
11. Асептика на путях распространения хирургической инфекции. История становления метода. Организационные способы пресечения воздушной контоминации в хирургическом отделении и оперблоке.
12. Предупреждение контактной и имплантантационной инфекции в хирургии. Дезинфекция и стерилизация изделий медицинского назначения согласно требованиям ОСТ – 42-21-2-85 и приказов МЗ РФ. Преимущества одноразовых изделий.
13. Асептика участников операции и операционного поля. Особенности “сверхчистых“ операций. Профилактика профессионального заражения вирусной инфекцией ассоциированной с кровью.
14. Антисептика в хирургии. История развития метода. Виды и способы борьбы с инфекцией ран.

15. Механическая антисептика. Первичная и вторичная хирургическая обработка ран. Принципы и этапы выполнения ПХО случайных ран.

16. Физическая антисептика. Традиционные и новейшие способы биофизической санации ран. Дренирование как основа физической антисептики.

17. Дренирование патологических коллекций в хирургии. Виды дренирования. Дренирование ран, анатомических полостей, просветов полых органов и протоковых систем.

18. Химическая антисептика. Общие требования и классификация антисептиков местного действия. Рациональная антисептическая химиотерапия в хирургии.

19. Биологическая антисептика. Средства местной и общей био-антисептики. Причины рациональной антибактериальной терапии.

20. Пассивная и активная иммунизация в хирургии. Иммунокоррекция и иммуномодуляция. Гнотобиологический метод лечения ран и больных в состоянии иммуносупрессии.

21. Причины, механизмы проведения и формирование чувства боли. Средства и принципы медикоментозного лечения болевого синдрома. Документальное оформление наркотического обезболивания.

22. Местное фармакохимическое и физическое обезболивание операций. История развития метода. Препараты и техника отдельных видов анестезии: показания, противопоказания, осложнения.

23. Проводниковая регионарная анестезия. Способы, препараты и техника исполнения отдельных видов. Возможные осложнения. Техника новокаиновых блокад.

24. Общая анестезия. История развития метода и современное его состояние. Задачи и виды наркоза. Подготовка больных к наркозу и оценка анестезиологического риска.

25. Ингаляционный наркоз. Методы проведения и их сравнительная оценка. Оборудование, анестетики и принципы их дозировки. Мониторинг проведения и возможные осложнения наркоза.

26. Наркозная аппаратура. Устройство и правила работы. Системы циркуляции дыхательных смесей. Оценка глубины наркоза по стадиям.

27. Современный комбинированный внутривенный наркоз. Этапы проведения и фармакологические средства. Контроль адекватности анестезии. Осложнения наркоза и ближайшего посленаркозного периода.

28. Аппараты для ИВЛ. Принципы работы. Инструменты и оборудование для вентиляции через маску, интубационную трубку, трахеостому. Контроль адекватности газообмена и возможные осложнения ИВЛ.

29. Иммунологические основы гемотрансфузии. Групповые системы эритроцитов: АВО и резус. Методы определения групп крови. Возможные ошибки при типировании.

30. Показания к переливанию крови и гемоцитарных концентратов. Правила подбора совместимых сред и техника гемотрансфузий. Документация процедуры.

31. Принципы современной компонентной гемотерапии. Компоненты и препараты крови. Источники получения, условия хранения и реализации в лечебных учреждениях.

32. Гемотрансфузионные реакции и осложнения. Их профилактика, диагностика и принципы лечения.

33. Значение «кровесберегающей» хирургии. Техника аутогемотрансфузии и реинфузии крови. Кровезаменители – переносчики кислорода.

34. Организация службы крови и донорства в России. Правила обслуживания доноров и контроля трансмиссивной безопасности крови и продуктов ее переработки. Гемоконсервация, хранение и реализация их.

35. Кровезаменители. Классификация и показания к применению в хирургии. Базисная и корригирующая инфузионная терапия в лечении больных.

36. Нарушения ВЭБ и КОС у хирургических больных. Клинико-лабораторная диагностика. Средства инфузионной коррекции нарушений ВЭБ и КОС.

37. Острые гиповолемические состояния (кровопотеря, дегидратация). Средства инфузионно - трансфузионной коррекции гиповолемического шока.

38. Синдром эндогенной интоксикации у хирургических больных. Клинико-лабораторная оценка степеней его тяжести. Принципы и средства инфузионной детоксикации. Способы экстракорпоральной детоксикации.

39. Причины нарушения питания в хирургической практике. Искусственное питание через зонды, гастро- и энтеростомы. Показания и средства парентерального питания.

40. Нарушения в ситеме гемостаза. Клинико-лабораторная диагностика коагуло- и тромбопатий. Гемостатики и антикоагулянты. Их применения в профилактике и лечении тромбоэмболических осложнений и тромбогеморрагического (ДВС) синдрома.

41. Классификация кровотечений. Проявления наружных и внутренних кровотечений. Инструментальная диагностика внутренних источников и значение экстренной эндоскопии.

42. Синдром острой кровопотери. Клинико-лабораторная оценка степеней тяжести кровопотери. Геморрагический шок. Принципы интенсивной инфузионно-трансфузионной коррекции кровопотерь.

43. Методы временной и окончательной остановки раневых кровотечений. Первая помощь при кровопотере.

44. Остановка внутренних кровотечений. Средства гемостатической терапии. Эндоскопический и операционный гемостаз.

45. 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.

46. Транспортная иммобилизация при повреждениях. Лечебная иммобилизация при операциях и травмах. Режимы поведения и транспортировка больных с различной тяжестью состояния.

47. Диагностические и лечебные пункции в хирургии. Оснащение, показания, профилактика осложнений при проколах. Техника плевральной пункции иглой и троакаром при пневмо- и гидротораксах. Пункция брюшной полости и лапароцентез.

48. Техника и лечебно-диагностическое значение пункции патологических очагов в тканях: гематом, инфильтратов, абсцессов, опухолей. Пункция суставов, стернальная и люмбальная пункции.

49. Общая методика инъекции. Показания и техника в/к, п/к, в/м, в/в введения лекарств. Профилактика осложнений. Первая помощь при анафилактическом шоке.

50. Общие и местные постинъекционные осложнения. Клиника, диагностика, принципы лечения и профилактика. Первая помощь при анафилактическом шоке.

51. 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.

52. Дренирование ран и анатомических полостей. Показания. Типы тампонов и дренажей. Особенности техники активного, вакуумного и проточно-промывного дренирования ран. Дренирование плевральной и брюшной полостей.

53. Дренирование полых органов. Техника зондирования желудка, энтеродренирование и уход за зондами. Виды и техника постановки клизм. Газоотведение из толстой кишки. Уход за наружными искусственными свищами: гастростомой, еюностомой, колостостомой.

54. Дренирование протоковых систем. Показания и техника катетеризации мочевого пузыря. Оперативное дренирование и уход за эпицистостостомой, холецистостомой. Эндоскопическое билиарное дренирование при ФГДС и лапароскопии.

55. Программа обследования хирургического больного. Оценка субъективной и объективной информации. Местный статус болезненного очага как объект особого внимания. Алгоритмы применения уточняющих методов исследования.

56. Особенности обследования больных с тяжелыми повреждениями и острыми хирургическими заболеваниями. Экстренная оценка нарушения жизненноважных функций с использованием современных систем (APACHE, MODS, SAPS) в сочетании с одновременным проведением неотложных лечебных мероприятий.

57. Клиническая оценка общего состояния больных. Критические состояния: острая ССН, острая дыхательная недостаточность, кома, острая печеночно - почечная недостаточность. Диагно-

стика. Первая медицинская помощь и программа интенсивной терапии критических состояний в ПИТе.

58. Диагностика терминальных состояний: преагония, агония, клиническая смерть. Первичный реанимационный комплекс и программа реанимации в реанимационном зале. Признаки биологической смерти. Уход за трупом.

59. Шок – виды, патогенез, клиническая картина. Диагностика фаз и стадий шока. Первая медицинская помощь и комплексная терапия в ПИТе.

60. Нарушение функции внешнего дыхания (гиповентиляция). Диагностика и первая помощь. Техника и аппаратура для вспомогательного дыхания и ИВЛ. Коникотомия и трахеостомия. Техника выполнения и ухода.

61. Клинические проявления острой очаговой хирургической инфекции в различные фазы развития. Общая синдромология при гнойных заболеваниях. Диагностика и принципы местного и общего лечения.

62. Классификация хирургической инфекции. Характеристика возбудителей различных видов инфекции. Механизмы местной неспецифической и специфической резистентности организма.

63. Общие принципы оперативных вмешательств в гнойно-септической хирургии. Современные методы санации и дренирования гнойных очагов.

64. Общие принципы лечения гнойных заболеваний: рациональная антибактериальная терапия, противовоспалительная терапия, детоксикация, иммунокоррекция и общеукрепляющая терапия.

65. Хронические гнойные процессы. Условия хронизации. Особенности местных и общих клинических проявлений. Осложнения. Принципы хирургического лечения.

66. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Классификация, клиника и лечение отдельных нозологических форм.

67. Дифференциальная диагностика абсцессов и флегмон (целлюлит, фасцит). Патоморфологические, этиологические и клинические различия. Тактика местного и общего лечения. Осложнения.

68. Роль лимфатических барьеров в отграничении хирургической инфекции. Лимфангиит, лимфаденит, аденофлегмона. Клиника. Принципы лечения.

69. Глубокие флегмоны головы и шеи. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Местное и общее лечение.

70. Гнойный медиастенит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение отдельных форм (передний, задний).

71. Аксиллярная, субпекторальная, подлопаточная флегмоны грудной стенки. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

72. Гнойный паранефрит. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Принципы санации мочевыводящих путей.

73. Забрюшинные флкгмоны. Этиопатогенез. Клинические особенности отдельных форм (паранефрит, параколит, тазовые флегмоны). Клиника. Диагностика лечение.

74. Острый парапрактит. Этиопатогенез. Клинико-анатомическая классификация отдельных форм. Диагностика. Лечение.

75. Гнойный паротит. Профилактика в послеоперационном периоде. Клиника. Диагностика. Лечение.

76. Острый гнойный мастит. Профилактика в период лактации. Клиника. Диагностика различных форм. Хирургическое лечение. Осложнения.

77. Острый гнойный плеврит. Этиопатогенез. Клинико-анатомическая классификация. Диагностика и лечение в различные фазы развития. Техника плеврального дренирования.

78. Эксудативный перикардит. Этиопатогенез. Клиника и диагностика в различные фазы заболевания. Принципы местного и общего лечения.

79. Пиопневмоторакс как критическое состояние. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы интенсивного лечения.

80. Перитонит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение различных по распространенности форм. Компоненты общей интенсивной терапии.

81. Дифференциальная диагностика острых болей в животе (синдромы «висцеральной колики» и ”острого“ живота). Первая медицинская помощь при этих состояниях.

82. Классификация гнойных заболеваний пальцев, кисти и стопы. Виды панарициев. Клиника. Диагностика. Лечение поверхностных форм.

83. Глубокие панариции. Гнойный тендовагинит, бурсит, остеомиелит, пандактилит. Клиника, диагностка, лечение отдельных форм.

84. Флегмоны кисти и стопы. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение отдельных форм.

85. Синдром диабетической стопы. Клинические формы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и лечение в различные стадии.

86. Острые гнойные артриты и бурситы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение различных форм.

87. Остеомиелит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Инструментально-рентгенологическая диагностика. Принципы лечения.

88. Хронический остеомиелит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика и лечение различных форм.

89. Острая анаэробная хирургическая инфекция. Классификация возбудителей. Источники и пути заражения. Клиника отдельных форм, исходы и пути профилактики.

90. Столбняк как острая анаэробная специфическая инфекция. Этиопатогенез. Клиническая классификация и проявления. Принципы профилактики и комплексного лечения в ПИТе.

91. Газовая гангрена. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника. Экстренная диагностика и лечение.

92. Неклостродиальная анаэробная инфекция. Этиопатогенез. Клиника и диагностика тканевых и полостных поражений. Принципы местного и общего лечения.

93. Понятие о хирургическом сепсисе. Классификация сепсиса. Этиопатогенез. Входные ворота и условия генерализации инфекции. Фазы развития сепсиса и прогноз.

94. Клинико-лабораторная диагностика сепсиса. Оценка степени тяжести больных сепсисом с помощью балльных систем. Принципы хирургического и комплексного консервативного лечения в ПИТе.

95. Бактериально-токсический шок в хирургии. Этиопатогенез. Клиника и диагностика различных фаз. Принципы интенсивной терапии в ПИТе.

96. Специфическая хирургическая инфекция. Этиология и клиникопатогенетическая характеристика острых (столбняк, сибирская язва, бешенство) и хронических (туберкулез, сифилис, актиномикоз) форм. Принципы профилактики и лечения.

97. Хирургический туберкулез у детей и взрослых. Стадии и формы костно-суставного туберкулеза и туберкулезного спондилита. Принципы диагностики и лечения. Местное лечение холодных абсцессов (натёчников).

98. Хирургические аспекты сифилиса. Дифференциальная диагностика местных проявлений в остром периоде. Клиника и диагностика тканевых повреждений в поздних стадиях болезни.

99. Кандидомикоз и аспергилёз как оппортунистические местные и общие грибковые поражения при нарушении биоценоза на фоне иммуносупрессии или дизбактериоза при антибиотикотерапии. Клиника и лечение.

100. Виды травматизма и классификация травм. Диагностика травматических повреждений: местные и общие признаки. Ближайшие и поздние осложнения и опасности травм

101. Угрожающие жизни состояния при тяжелой сочетаной травме: нарушение ЦНС, гиповентиляция, шок. Общие принципы оказания догоспитальной и стационарной травматологической помощи.

102. Определение и классификация ран. Патогенез и фазы раневого процесса. Виды заживления ран. Причины нарушения заживления.

103. Этапы и принципы оказания первой помощи при случайных ранах. ПХО ран и её виды. Вторичная хирургическая обработка осложнённой раны. Вторичные хирургические швы.

104. Операционный доступ как идеальная хирургическая рана. Раневые осложнения. Клиника, диагностика и лечение отдельных видов осложнений.

105. 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.

106. Травма головы. Классификация. Основные опасности закрытой черепно-мозговой травмы. Первая медицинская помощь и особенности транспортировки пострадавших.

107. Травма груди. Классификация. Осложнения угрожающие жизни. Диагностика пневмо- и гемоторакса. Первая помощь. Принципы этапного лечения.

108. Травма живота. Классификация. Осложнения угрожающие жизни. Диагностика перитонита и гемоперитонеума. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.

109. Закрытые повреждения мягких тканей. Ушибы, растяжения и разрывы. Острый позиционный синдром. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.

110. Травматические вывихи и гемартрозы. Диагностика и первая медицинская помощь. Принципы этапного лечения.

111. Переломы костей конечностей и их осложнения (шок, эмболия, инфекция). Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.

112. Травматический шок. Классификация и клиника в различные фазы. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.

113. Термические повреждения. Классификация. Определение глубины и площади очагов, прогноз течения. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.

114. Ожоговая болезнь. Фазы течения и принципы местного и общего лечения обожженых.

115. Травма от охлаждения. Классификация отморожений и стадии замерзания. Первая помощь в дореактивный период. Принципы этапного лечения отморожений. Спасение при замерзании.

116. Электротравма. Местное и общее действие электрического тока первая помощь при электротравме. Этапное лечение пострадавших.

117. Лучевые и химические ожоги. Местные проявления. Первая помощь и особенности этапного лечения ожогов кожи, полости рта, пищевода, желудка.

118. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. Этиология заболевания, клиника, особенности диагностики, принципы лечения.

119. Классификация хронической артериальной недостаточности нижних конечностей. Методы клинической и инструментальной диагностики, принципы лечения на различных стадиях.

120. Острая артериальная недостаточность нижних конечностей. Основные эмбологенные заболевания и причины тромбозов. Клинические проявления, принципы диагностики, профилактика.

121. Стадии острой артериальной недостаточности нижних конечностей. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения при артериальных тромбозах и эмболиях.

122. Острые венозные тромбозы и тромбофлебиты. Клиника и принципы этапного лечения. ТЭЛА как критическое осложнение ГВТ.

123. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Стадии ХВН и её осложнения. Принципы комплексного лечения.

124. Нарушение лимфооттока. Лимфостаз нижних конечностей. Принципы диагностики и лечения в различные стадии. Лимфорреи и лимфадениты.

125. Некрозы. Причины возникновения и клинические формы пролежней, трофических язв. Профилактика, принципы местного и общего лечения.

126. Гангрены нижних конечностей. Этиопатогенез и клинические формы. Принципы профилактики и комплексного лечения.

127. Свищи. Классификация и этиопатогенез различных форм. Принципы местного и общего лечения свищей из очагов воспаления, мест нахождения инородных тел, протоковых систем и полых органов.

128. Опухоли как вид хирургической патологии. Особенности доброкачественных и злокачественных опухолей. Опухолеподобные заболевания и предраки. Клиническая диагностика опухолей. Иммунологическая (маркеры) и морфологическая их верификация.

129. Международная классификация злокачественных опухолей. Определение стадий рака. Принципы хирургического лечения опухолей. Значение дополнительных (адьювантных) способов лечения.

130. Онкологическая служба в РФ. История становления и принципы организации. Основы комплексного лечения и диспансеризации больных опухолями.

131. Понятие о пластической хирургии. Современные классификаций пластических материалов. Показания к их применению. Методы аутопластики на примерах пересадки кожи.

132. Хирургические осложнения кишечных и протоковых паразитозов. Клиника, диагностика, лечение.

133. Понятие о пластической хирургии. Аутопластика, аллопластика и ксенопластика. Методы аутопластики на примерах пересадки кожи.

134. Применение синтетических материалов в хирургии. Классификация имплантантов. Искусственные органы и протезы.

135. Реплантация сегментов конечностей. Показания и этапы лечения. Особенности микрохирургической техники. Косметическая и эстетическая хирургия.

136. Понятие о трансплантации органов. История развития и успехи трансплантологии. Принципы забора и консервации органов. Подбор на совместимость и предупреждение реакции отторжения трансплантатов.

137. Понятие о врождённой хирургической патологии. Этиопатогенез и классификация пороков развития. Возможности хирургической коррекции пороков опорно-двигательного аппарата.

138. Аномалии развития внутренних органов. Место хирургического метода в коррекции пороков сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы.

139. Понятие о первой помощи при острых заболеваниях и травмах. Этапность и содержание медицинской помощи до поступления больного в стационар. Оснащение аптечек первой медицинской помощи.

140. 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).

141. Первая медицинская помощь при механических, термических и электротравмах. Диагностика тяжести состояния и лечебные мероприятия на доклиническом этапе.

142. Экстраабдоминальные заболевания, симулирующие «острый живот». Особенности клинической диагностики, возможные ошибки и осложнения.

143. Первая медицинская помощь при гиповентиляции (пневмоторакс, асфиксия инородными телами, травма и отёк гортани, множественные переломы рёбер). Диагностика и лечение. Мероприятия на доклиническом этапе.

144. Дифференциальная диагностика «острого» живота и висцеральной колики. Первая помощь на доклиническом этапе лечения.

145. Структура хирургической службы поликлиники, травмпункта. Основные разделы работы амбулаторного хирурга. Организация и оснащение хирургического кабинета.

146. Современные инструментальные методы диагностики хирургических заболеваний. Неинвазивные и инвазивные методики (УЗИ, УЗДГ, КТ, радионуклидные, рентгеноконтрастные) показания к их применению.

147. Контингент амбулаторных хирургических больных. Организация и оснащение операционной и перевязочной. Принципы лечения основных групп больных. Стационар одного дня.

148. Ведение хирургической документации в поликлинике. Экспертиза утраты трудоспособности и диспансеризация больных. Порядок госпитализации экстренных и плановых больных.

149. Предоперационный период. Особенности его в плановой и экстренной хирургии. Показания к операции и оценка противопоказаний. Операционный риск и пути его снижения.

150. Предоперационная подготовка в экстренной и плановой хирургии. Деонтологические аспекты, общие и специальные методы подготовки больного. Выбор способа обезболивания.

151. Понятие о хирургической операции. Классификация оперативных вмешательств и их цели. Этапы выполнения операции и оснащение операционных.

152. Ятрогенные повреждения в хирургии. Ошибки и осложнения при выполнении диагностических и лечебных вмешательств, способы их профилактики.

153. Современные возможности малоинвазивной хирургии. Показания и противопоказания к операции. Преимущества эндоскопических и видеоассистированных операций, принципы их выполнения.

154. Распределение обязанностей в операционной бригаде в период анестезии и операции. Контроль за состоянием больного. Ведение медицинской документации.

155. Реакции организма на операционную травму – системные и метаболические. Реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде. Устройство, оснащение и функциональные обязанности персонала ПИТ.

156. Послеоперационный период. Этапы в реабилитации хирургического больного. Общее и местное лечение, профилактика осложнений. Контроль за заживлением раны. Оценка отдалённых результатов операции.

157. Послеоперационные осложнения. Классификация и этиопатогенез системных и местных осложнений. Профилактика и лечение отдельных видов осложнений. Послеоперационная летальность и пути её снижения.

158. Острый аппендицит. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.

159. Основы герниологии. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.

160. Желчекаменная болезнь и её осложнения. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.

161. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.

162. Заболевания толстой и прямой кишок. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.

163. Острая кишечная непроходимость. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.

164. Острый панкреатит. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.

165. Перитонит. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.

Примерные вопросы к собеседованию текущего контроля

1. Организация хирургической помощи в Российской Федерации в городах и сельской местности.
2. Система подготовки врача-хирурга в РФ. Последипломная специализация и усовершенствование. Профессиональная аттестация хирургов.
3. Юридические основы хирургической деятельности. Хирургическая документация: амбулаторная карта и карта стационарного больного, операционный журнал.
4. Деонтология как элемент хирургической деятельности. Врачебная этика и уровни взаимоотношений в хирургической среде. Ятрогенная патология в хирургии.
5. Система выхаживания хирургических больных в хирургическом и реанимационном отделениях. Роль младшего и среднего персонала в этом процессе и деонтология их труда.
6. Принципы современной компонентной гемотерапии. Компоненты и препараты крови. Источники получения, условия хранения и реализации в лечебных учреждениях.
7. Гемотрансфузионные реакции и осложнения. Их профилактика, диагностика и принципы лечения.
8. Значение «кровесберегающей» хирургии. Техника аутогемотрансфузии и реинфузии крови. Кровезаменители – переносчики кислорода.
9. Организация службы крови и донорства в России. Правила обслуживания доноров и контроля трансмиссивной безопасности крови и продуктов ее переработки. Гемоконсервация, хранение и реализация их.

10. Кровезаменители. Классификация и показания к применению в хирургии. Базисная и корригирующая инфузионная терапия в лечении больных.
11. Нарушения ВЭБ и КОС у хирургических больных. Клинико-лабораторная диагностика. Средства инфузионной коррекции нарушений ВЭБ и КОС.
12. Острые гиповолемические состояния (кровопотеря, дегидратация). Средства инфузионно - трансфузионной коррекции гиповолемического шока.
13. Синдром эндогенной интоксикации у хирургических больных. Клинико-лабораторная оценка степеней его тяжести. Принципы и средства инфузионной детоксикации. Способы экстракорпоральной детоксикации.
14. Причины нарушения питания в хирургической практике. Искусственное питание через зонды, гастро- и энтеростомы. Показания и средства парентерального питания.
15. Нарушения в системе гемостаза. Клинико-лабораторная диагностика коагуло- и тромбопатий. Гемостатики и антикоагулянты. Их применения в профилактике и лечении тромбоэмболических осложнений и тромбогеморрагического (ДВС) синдрома.
16. Классификация кровотечений. Проявления наружных и внутренних кровотечений. Инструментальная диагностика внутренних источников и значение экстренной эндоскопии.
17. Синдром острой кровопотери. Клинико-лабораторная оценка степеней тяжести кровопотери. Геморрагический шок. Принципы интенсивной инфузионно-трансфузионной коррекции кровопотерь.
18. Методы временной и окончательной остановки раневых кровотечений. Первая помощь при кровопотере.
19. Остановка внутренних кровотечений. Средства гемостатической терапии. Эндоскопический и операционный гемостаз.
20. 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.
21. Транспортная иммобилизация при повреждениях. Лечебная иммобилизация при операциях и травмах. Режимы поведения и транспортировка больных с различной тяжестью состояния.
22. Диагностические и лечебные пункции в хирургии. Оснащение, показания, профилактика осложнений при проколах. Техника плевральной пункции иглой и троакаром при пневмо- и гидротораксах. Пункция брюшной полости и лапароцентез.
23. Техника и лечебно-диагностическое значение пункции патологических очагов в тканях: гематом, инфильтратов, абсцессов, опухолей. Пункция суставов, стернальная и люмбальная пункции.
24. Общая методика инъекции. Показания и техника в/к, п/к, в/м, в/в введения лекарств. Профилактика осложнений. Первая помощь при анафилактическом шоке.
25. Общие и местные постинъекционные осложнения. Клиника, диагностика, принципы лечения и профилактика. Первая помощь при анафилактическом шоке.
26. 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.
27. Дренирование ран и анатомических полостей. Показания. Типы тампонов и дренажей. Особенности техники активного, вакуумного и проточно-промывного дренирования ран. Дренирование плевральной и брюшной полостей.
28. Дренирование полых органов. Техника зондирования желудка, энтеродренирование и уход за зондами. Виды и техника постановки клизм. Газоотведение из толстой кишки. Уход за наружными искусственными свищами: гастростомой, еюностомой, колостостомой.
29. Дренирование протоковых систем. Показания и техника катетеризации мочевого пузыря. Оперативное дренирование и уход за эпицистостостомой, холецистостомой. Эндоскопическое билиарное дренирование при ФГДС и лапароскопии.
30. Программа обследования хирургического больного. Оценка субъективной и объективной информации. Местный статус болезненного очага как объект особого внимания. Алгоритмы применения уточняющих методов исследования.

31. Особенности обследования больных с тяжелыми повреждениями и острыми хирургическими заболеваниями. Экстренная оценка нарушения жизненноважных функций с использованием современных систем (APACHE, MODS, SAPS) в сочетании с одновременным проведением неотложных лечебных мероприятий.
32. 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.
33. Диагностика терминальных состояний: преагония, агония, клиническая смерть. Первичный реанимационный комплекс и программа реанимации в реанимационном зале. Признаки биологической смерти. Уход за трупом.
34. Шок – виды, патогенез, клиническая картина. Диагностика фаз и стадий шока. Первая медицинская помощь и комплексная терапия в ПИТе.
35. Нарушение функции внешнего дыхания (гиповентиляция). Диагностика и первая помощь. Техника и аппаратура для вспомогательного дыхания и ИВЛ. Коникотомия и трахеостомия. Техника выполнения и ухода.
36. Гнойный паротит. Профилактика в послеоперационном периоде. Клиника. Диагностика. Лечение.
37. Острый гнойный мастит. Профилактика в период лактации. Клиника. Диагностика различных форм. Хирургическое лечение. Осложнения.
38. Острый гнойный плеврит. Этиопатогенез. Клинико-анатомическая классификация. Диагностика и лечение в различные фазы развития. Техника плеврального дренирования.
39. Эксудативный перикардит. Этиопатогенез. Клиника и диагностика в различные фазы заболевания. Принципы местного и общего лечения.
40. Пиопневмоторакс как критическое состояние. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Принципы интенсивного лечения.
41. Перитонит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение различных по распространенности форм. Компоненты общей интенсивной терапии.
42. Дифференциальная диагностика острых болей в животе (синдромы «висцеральной колики» и ”острого“ живота). Первая медицинская помощь при этих состояниях.
43. Классификация гнойных заболеваний пальцев, кисти и стопы. Виды панарициев. Клиника. Диагностика. Лечение поверхностных форм.
44. Глубокие панарриции. Гнойный тендовагинит, бурсит, остеомиелит, пандактилит. Клиника, диагностка, лечение отдельных форм.
45. Флегмоны кисти и стопы. Классификация. Клиника. Диагностика и лечение отдельных форм.
46. Синдром диабетической стопы. Клинические формы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и лечение в различные стадии.
47. Острые гнойные артриты и бурситы. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение различных форм.
48. Остеомиелит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Инструментально-рент-генологическая диагностика. Принципы лечения.
49. Хронический остеомиелит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика и лечение различных форм.
50. Острая анаэробная хирургическая инфекция. Классификация возбудителей. Источники и пути заражения. Клиника отдельных форм, исходы и пути профилактики.
51. Столбняк как острая анаэробная специфическая инфекция. Этиопатогенез. Клиническая классификация и проявления. Принципы профилактики и комплексного лечения в ПИТе.
52. Газовая гангрена. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клиника. Экстренная диагностика и лечение.
53. Неклостродиальная анаэробная инфекция. Этиопатогенез. Клиника и диагностика тканевых и полостных поражений. Принципы местного и общего лечения.
54. Понятие о хирургическом сепсисе. Классификация сепсиса. Этиопатогенез. Входные ворота и условия генерализации инфекции. Фазы развития сепсиса и прогноз.

55. Клинико-лабораторная диагностика сепсиса. Оценка степени тяжести больных сепсисом с помощью балльных систем. Принципы хирургического и комплексного консервативного лечения в ПИТе.
56. Бактериально-токсический шок в хирургии. Этиопатогенез. Клиника и диагностика различных фаз. Принципы интенсивной терапии в ПИТе.
57. Специфическая хирургическая инфекция. Этиология и клиникопатогенетическая характеристика острых (столбняк, сибирская язва, бешенство) и хронических (туберкулез, сифилис, актиномикоз) форм. Принципы профилактики и лечения.
58. Хирургический туберкулез у детей и взрослых. Стадии и формы костно-суставного туберкулеза и туберкулезного спондилита. Принципы диагностики и лечения. Местное лечение холодных абсцессов (натёчников).
59. Хирургические аспекты сифилиса. Дифференциальная диагностика местных проявлений в остром периоде. Клиника и диагностика тканевых повреждений в поздних стадиях болезни.
60. Кандидомикоз и аспергилёз как оппортунистические местные и общие грибковые поражения при нарушении биоценоза на фоне иммуносупрессии или дизбактериоза при антибиотикотерапии. Клиника и лечение.
61. Виды травматизма и классификация травм. Диагностика травматических повреждений: местные и общие признаки. Ближайшие и поздние осложнения и опасности травм
62. Угрожающие жизни состояния при тяжелой сочетанной травме: нарушение ЦНС, гиповентиляция, шок. Общие принципы оказания догоспитальной и стационарной травматологической помощи.
63. Определение и классификация ран. Патогенез и фазы раневого процесса. Виды заживления ран. Причины нарушения заживления.
64. Этапы и принципы оказания первой помощи при случайных ранах. ПХО ран и её виды. Вторичная хирургическая обработка осложнённой раны. Вторичные хирургические швы.
65. Операционный доступ как идеальная хирургическая рана. Раневые осложнения. Клиника, диагностика и лечение отдельных видов осложнений.
66. 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.
67. Травма головы. Классификация. Основные опасности закрытой черепно-мозговой травмы. Первая медицинская помощь и особенности транспортировки пострадавших.
68. Травма груди. Классификация. Осложнения угрожающие жизни. Диагностика пневмо- и гемоторакса. Первая помощь. Принципы этапного лечения.
69. Травма живота. Классификация. Осложнения угрожающие жизни. Диагностика перитонита и гемоперитонеума. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.
70. Закрытые повреждения мягких тканей. Ушибы, растяжения и разрывы. Острый позиционный синдром. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.
71. Травматические вывихи и гемартрозы. Диагностика и первая медицинская помощь. Принципы этапного лечения.
72. Переломы костей конечностей и их осложнения (шок, эмболия, инфекция). Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.
73. Травматический шок. Классификация и клиника в различные фазы. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.
74. Термические повреждения. Классификация. Определение глубины и площади очагов, прогноз течения. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения.
75. Ожоговая болезнь. Фазы течения и принципы местного и общего лечения обожженых.
76. Травма от охлаждения. Классификация отморожений и стадии замерзания. Первая помощь в дореактивный период. Принципы этапного лечения отморожений. Спасение при замерзании.
77. Электротравма. Местное и общее действие электрического тока первая помощь при электротравме. Этапное лечение пострадавших.
78. Стадии острой артериальной недостаточности нижних конечностей. Первая медицинская помощь и принципы этапного лечения при артериальных тромбозах и эмболиях.

79. Острые венозные тромбозы и тромбофлебиты. Клиника и принципы этапного лечения. ТЭЛА как критическое осложнение ГВТ.
80. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Стадии ХВН и её осложнения. Принципы комплексного лечения.
81. Нарушение лимфооттока. Лимфостаз нижних конечностей. Принципы диагностики и лечения в различные стадии. Лимфорреи и лимфадениты.
82. Некрозы. Причины возникновения и клинические формы пролежней, трофических язв. Профилактика, принципы местного и общего лечения.
83. Гангрены нижних конечностей. Этиопатогенез и клинические формы. Принципы профилактики и комплексного лечения.
84. Свищи. Классификация и этиопатогенез различных форм. Принципы местного и общего лечения свищей из очагов воспаления, мест нахождения инородных тел, протоковых систем и полых органов.
85. Опухоли как вид хирургической патологии. Особенности доброкачественных и злокачественных опухолей. Опухолеподобные заболевания и предраки. Клиническая диагностика опухолей. Иммунологическая (маркеры) и морфологическая их верификация.
86. Международная классификация злокачественных опухолей. Определение стадий рака. Принципы хирургического лечения опухолей. Значение дополнительных (адьювантных) способов лечения.
87. Онкологическая служба в РФ. История становления и принципы организации. Основы комплексного лечения и диспансеризации больных опухолями.
88. Понятие о пластической хирургии. Современные классификаций пластических материалов. Показания к их применению. Методы аутопластики на примерах пересадки кожи.
89. Хирургические осложнения кишечных и протоковых паразитозов. Клиника, диагностика, лечение.
90. Понятие о пластической хирургии. Аутопластика, аллопластика и ксенопластика. Методы аутопластики на примерах пересадки кожи.
91. Применение синтетических материалов в хирургии. Классификация имплантантов. Искусственные органы и протезы.
92. Реплантация сегментов конечностей. Показания и этапы лечения. Особенности микрохирургической техники. Косметическая и эстетическая хирургия.
93. Понятие о трансплантации органов. История развития и успехи трансплантологии. Принципы забора и консервации органов. Подбор на совместимость и предупреждение реакции отторжения трансплантатов.
94. Понятие о врождённой хирургической патологии. Этиопатогенез и классификация пороков развития. Возможности хирургической коррекции пороков опорно-двигательного аппарата.
95. Аномалии развития внутренних органов. Место хирургического метода в коррекции пороков сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы.
96. Понятие о первой помощи при острых заболеваниях и травмах. Этапность и содержание медицинской помощи до поступления больного в стационар. Оснащение аптечек первой медицинской помощи.
97. 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).
98. Первая медицинская помощь при механических, термических и электротравмах. Диагностика тяжести состояния и лечебные мероприятия на доклиническом этапе.
99. Экстраабдоминальные заболевания, симулирующие «острый живот». Особенности клинической диагностики, возможные ошибки и осложнения.
100. Первая медицинская помощь при гиповентиляции (пневмоторакс, асфиксия инородными телами, травма и отёк гортани, множественные переломы рёбер). Диагностика и лечение. Мероприятия на доклиническом этапе.
101. Дифференциальная диагностика «острого» живота и висцеральной колики. Первая помощь на доклиническом этапе лечения.

102. Структура хирургической службы поликлиники, травмпункта. Основные разделы работы амбулаторного хирурга. Организация и оснащение хирургического кабинета.
103. Предоперационная подготовка в экстренной и плановой хирургии. Деонтологические аспекты, общие и специальные методы подготовки больного. Выбор способа обезболивания.
104. Понятие о хирургической операции. Классификация оперативных вмешательств и их цели. Этапы выполнения операции и оснащение операционных.
105. Ятрогенные повреждения в хирургии. Ошибки и осложнения при выполнении диагностических и лечебных вмешательств, способы их профилактики.
106. Современные возможности малоинвазивной хирургии. Показания и противопоказания к операции. Преимущества эндоскопических и видеоассистированных операций, принципы их выполнения.
107. Распределение обязанностей в операционной бригаде в период анестезии и операции. Контроль за состоянием больного. Ведение медицинской документации.
108. Реакции организма на операционную травму – системные и метаболические. Реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде. Устройство, оснащение и функциональные обязанности персонала ПИТ.
109. Послеоперационный период. Этапы в реабилитации хирургического больного. Общее и местное лечение, профилактика осложнений. Контроль за заживлением раны. Оценка отдалённых результатов операции.
110. Послеоперационные осложнения. Классификация и этиопатогенез системных и местных осложнений. Профилактика и лечение отдельных видов осложнений. Послеоперационная летальность и пути её снижения.
111. Острый аппендицит. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.
112. Основы герниологии. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.
113. Желчекаменная болезнь и её осложнения. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.
114. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.
115. Заболевания толстой и прямой кишок. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.
116. Острая кишечная непроходимость. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.
117. Острый панкреатит. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.
118. Перитонит. Эпидемиология. Этиопатогенез, клиника. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения и лечение их.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

3.1. 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 Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

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 «Общая хирургия. Лучевая диагностика».

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
	Экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	**40**
Всего тестовых заданий	**50**
Итого баллов	**100**
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

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 «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

3.2. 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 Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

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 в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. 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 экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в деканат факультета.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

3.3. 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 Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

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 экзаменационным 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 «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.