

Электронная цифровая подпись



Утверждено 31 мая 2018 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Общая хирургия. Хирургические болезни»:

№ п/п	Контролируемые темы дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Деонтология в хирургии. Ведение медицинской документации.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
2	Асептика.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
3	Антисептика.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
4	Десмургия.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
5	Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль,	Пятибалльная шкала оценивания

			решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	
6	Переливание крови и ее компонентов. Кровезаменители.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
7	Общие вопросы анестезиологии. Компоненты общей анестезии. Виды наркоза.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
8	Виды местной анестезии.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
9	Переломы и вывихи.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
10	Травмы головы, груди и живота. Синдром длительного сдавления.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, рефе-	Пятибалльная шкала оценивания

			рат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	
11	Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок. Понятие о шоках другой этиологии. Сердечно-легочная реанимация	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
12	Раны и раневой процесс.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
13	Ожоги. Отморожения. Электротравма.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
14	Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
15	Методика обследования хирургических больных. Курация. Представление истории болезни.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор те-	Пятибалльная шкала оценивания

			матического больного, разбор истории болезни.	
16	Гнойные заболевания мягких тканей: фурункул, карбункул, рожа, абсцесс, флегмона, гидраденит. Мастит. Лимфаденит и лимфангоит.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
17	Гнойная хирургия костей и суставов.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
18	Хирургический сепсис. Гнойные заболевания кисти.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
19	Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания
20	Основы онкологии.	ОПК-8 ОПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины –п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);

- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- решение ситуационных задач;
- написание рефератов;
- практические навыки
- курация больного/разбор тематического больного
- написание истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема №1 «Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Деонтология в хирургии. Ведение медицинской документации.»

1. Какие виды хирургической помощи организационно выделяются в отечественном здравоохранении?

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. Экстренная | 3. Отсроченная |
| 2. Срочная | 4. Бессрочная |

2. Каков порядок оказания плановой хирургической помощи?

1. Только направлению районной поликлиники или вышестоящих организаций МЗ
2. Только по направлению «Скорой помощи»
3. По решению специалистов принимающего стационара
4. Все предыдущие ответы правильные

3. Может ли пациент выбрать стационар для экстренной госпитализации?

1. Да, в пределах района проживания
2. Да, в рамках договора страховой компании, выдавшей полис ОМС
3. Да, по наличию свободных мест
4. Нет

4. Может ли лечащий врач отказаться от лечения пациента?

1. Да, по собственному желанию
2. Да, взаимной договоренности с пациентом
3. Да, взаимной договоренности с заведующим отделением
4. Если пациент не нуждается в экстренной помощи

5. Что делать, если пациент отказывается от предложенного ему в стационаре лечения?

1. Выписать из стационара
2. Назначить устраивающее пациента лечение в рамках национальных рекомендаций по лечению имеющейся патологии
3. Продолжать назначенное лечение несмотря на мнение пациента
4. Лечение прекратить, больного не выписывать

6. В каком случае можно выполнить хирургическую операцию без согласия больного?

1. При угрозе жизни больного
2. Если ближайшие родственники согласны
3. Если операция небольшая по объему и неопасна
4. Если больной без сознания

7. С какого возраста производится экстренная госпитализация в хирургические (взрослые) отделения?

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 15 лет | 3. 18 лет |
| 2. 16 лет | 4. 21 год |

- 8. В какие подразделения многопрофильной больницы больные должны наиболее быстро доставляться из приемного отделения?**
1. ОРИТ и оперблок
 2. Хирургическое отделение
 3. Отделение компьютерной томографии
 4. Лаборатория
- 9. Какие виды санитарной обработки предусмотрены в приемном отделении?**
1. Мытье, стрижка, ликвидация педикулеза
 2. Дегельминтизация
 3. противогрибковая обработка обуви
- 10. Как обрабатываются кушетки, на которых осматриваются больные в приемном отделении?**
1. Меняется простыня
 2. Меняется клеенка
 3. Кушетка протирается 3% р-ром хлорамина
 4. Клеенка на кушетке протирается 3% р-ром хлорамина

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	1	4	4	2	4	1	1	1	4

Тема №2 «Асептика.»

1. Укажите основоположника асептики:

1. Н.И. Пирогов
2. Э. Бергман
3. Н.В. Склифосовский
4. И.В. Буяльский

2. Дайте определение асептики:

1. Комплекс мероприятий, направленных на предупреждение попадания инфекции в рану, ткани и организм больного
2. Комплекс мероприятий, направленных на борьбу с инфекцией в организме человека

3. Верна ли формулировка основного закона асептики: всё, что соприкасается с раной, должно быть стерильным:

1. Да.
2. Нет

4. Асептика - это комплекс:

1. Профилактики хирургической инфекции
2. Лечения последствий хирургической инфекции
3. Стерилизации
4. Дезинфекции

5. Укажите источники хирургической инфекции:

1. экзогенный
2. имплантационный
3. контактный
4. воздушно- капельный

6. Инструменты, дренажи, инфицированные анаэробными бактериями, следует обрабатывать:

1. Настойкой йода
2. Хлорамином
3. 0,1% р-ром перманганата калия
4. Все неверно

7. Кто предложил и научно обосновал асептику как метод предупреждения попадания инфекции в рану:

1. Листер.
2. Пастер.
3. Бергман.

8. Пути инфицирования ран экзогенной инфекцией:

1. Лимфогенный.
2. Капельный.

9. Стерилизацией называется:

1. Полное уничтожение микроорганизмов.
2. Уничтожение микроорганизмов.
3. Уничтожение патогенных микроорганизмов
4. Обработка инструментов антисептиками.

10. В какой из методик обработки рук хирурга используется нашатырный спирт:

1. Способ Спасокукоцкого-Кочергина.
2. Способ Альфельда.
3. Способ Фюрбрингера.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Эталон ответа	2	1	1	1	1	4	3	2	1	1
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Тема №3 «Антисептика.»

1. Какие цели преследует современная антисептика

1. удаление, уничтожение микроорганизмов, создание неблагоприятных условий для их развития;
2. повышение количества эритроцитов;
3. профилактику тромбофлебита;
4. профилактику тромбоэмболии.

2. Какие из нижеперчисленных манипуляций можно отнести к химической антисептике

1. вакуумирование гранулирующей раны;
2. промывание брюшной полости 0, 02% водным раствором хлоргексидина;
3. внутривенное введение тиенама;
4. местное применение на рану трипсина.

3. Какие виды лечебного воздействия на гнойную рану могут быть отнесены к механической антисептике.

1. лечение повязками с гидрофильными мазям;
2. некрэктомия;
3. кавитация низкочастотным ультразвуком.

4. Какие лечебные воздействия на контаминированную рану могут быть отнесены к механической антисептике?

1. дренирование раны;
2. первичная хирургическая обработка раны;
3. обработка раны ультразвуком;
4. промывание раны пульсирующей струей раствора антисептика;

5. Относятся ли иммуностимулирующие препараты к антисептике? Если да, то к какому виду антисептики?

1. механическая антисептика;
2. физическая антисептика;
3. химическая антисептика;
4. биологическая антисептика;

6. Какие из химических антисептиков запрещены для применения приказом МЗ РФ

1. 3% раствор борной кислоты;
2. спиртовая и водная настойка йода;
3. бриллиантовый зеленый;
4. 0,5% раствор хлоргексидина;

7. Какие антисептики-окислители наиболее целесообразно применять для обработки гнойной раны во время перевязки

1. раствор перекиси водорода 3%;
2. раствор перекиси водорода 6%;
3. спирт этиловый 70%;
4. раствор йода спиртовой 1%.

8. Какой дренаж целесообразно применять для дренирования раны после хирургической обработки флегмоны голени

1. марлевый тампон;
2. резиновая однопросветная трубка;
3. дренаж из тонкой перчаточной резины;

9. Чистая операционная рана из-за обильной подкожной жировой клетчатки ушита с оставлением сквозного проточного дренажа. Когда этот дренаж надо удалить?

1. когда прекратится серозно-геморрагическое отделяемое, но не позднее 3-х суток;
2. на 2-е сутки независимо от характера отделяемого;
3. не ранее 5-6 суток;
4. на 7-е сутки;

10. Почему марлевый тампон не пригоден для дренирования полости абсцесса

1. он препятствует образованию грануляций;
2. он быстро ослизняется и затрудняется отток гноя из полости абсцесса;
3. он замедляет венозный отток из стенок гнойника;
4. он затрудняет приток артериальной крови;

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	2	2	2	4	2	1	3	1	2

Тема №4 «Десмургия.»

1. Понятие «повязка» обозначает:

1. способ фиксации перевязочного материала
2. смену повязки
3. вид перевязочного материала

2. Для наложения простой защитной повязки используют все, кроме:

1. марлевый бинт;
2. гипсовый бинт;
3. косынку;
4. трубчатый трикотажный бинт;
5. лейкопластырь.

3. Свободный конец скатанной части бинта называется:

1. началом бинта
2. головкой бинта

4. При ушибе плечевого сустава накладывают повязку:

1. Черепашью
2. Колосовидную
3. восьмиобразную

5. Локтевой сустав бинтуется в положении под углом в градусах:

1. 45
2. 70
3. 90
4. 110
5. 130

6. Показанием к наложению пращевидной повязки являются заболевания и повреждения, кроме:

1. носа
2. подбородка
3. теменной области
4. затылочной области
5. промежности

7. Повязки защищают от воздействия внешней среды:

1. рану;
2. патологически измененные ткани;
3. поврежденные ткани
4. все ответы не верны;
5. все ответы правильны;

8. Неподвижные повязки НЕ используют для:

1. временной иммобилизации различных частей тела;
2. лечения повреждений опорно-двигательного аппарата;
3. лечения заболеваний костей и суставов;
4. защиты ран от внешней среды.

9. Для бинтования пяточной области применяется повязка:

1. черепашья
2. круговая
3. возвращающаяся
4. Т-образная
5. ползучая

10. На теменную область накладывается повязка:

1. возвращающаяся
2. спиральная
3. колосовидная
4. круговая
5. пращевидная

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	2	1	2	3	5	4	4	1	5

Тема №5 «Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря.»

1. Укажите препараты, используемые при химическом способе окончательной остановки кровотечения:

1. коргликон, строфантин
2. тромбин, биологический антисептический тампон
3. гемостатическая губка, фибринная пленка
4. фибринолизин, плазминоген
5. адреналин, кальция хлорид, серебра нитрат.

2. Что относится к биологическому способу окончательной остановки кровотечения?

1. тампонада раны аутоотканями
2. гемотрансфузия
3. гемостатическая губка
4. тромбин
5. все вышеперечисленное.

3. В качестве химического метода остановки кровотечения применяют внутривенно хлористый кальций в следующей дозировке:

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. 1% - 30,0 | 4. 10% - 10,0 |
| 2. 2% - 20,0 | 5. 20% - 5,0. |
| 3. 5% - 15,0 | |

4. Каким из перечисленных способов Вы воспользуетесь для остановки паренхиматозного кровотечения?

- | | |
|---------------------|--------------------------------------|
| 1. давящей повязкой | 4. лигированием кровоточащих сосудов |
| 2. тампонадой | 5. оставлением постоянного зажима на |
| 3. сосудистым швом | кровоточащем сосуде. |

5. К общим симптомам большой кровопотери нельзя отнести:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 1. слабый и частый пульс | 4. увеличение % гемоглобина |
| 2. головокружение, тошноту, рвоту | 5. бледность кожных покровов. |
| 3. падение артериального давления | |

6. Максимальное время нахождения жгута на конечности зимой?

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. 30 мин | 4. 2 часа |
| 2. 1 час | 5. 2,5 часа. |
| 3. 1,5 часа | |

7. При каком виде кровотечения существует реальная опасность воздушной эмболии?

- | | |
|--|---|
| 1. артериальном кровотечении (ранение бедренной артерии) | 4. венозном кровотечении (ранение вен голени) |
| 2. артериальном кровотечении (ранение лучевой артерии) | 5. венозном кровотечении (ранение вен шеи). |
| 3. капиллярном кровотечении | |

8. При правильно наложенном артериальном жгуте отмечают:

- | | |
|--|---|
| 1. синюшность кожных покровов | 4. отсутствие пульса на периферических сосудах |
| 2. повышение температуры тела ниже наложения жгута | 5. отсутствие всех видов чувствительности ниже жгута. |
| 3. кровотечение из раны | |

9. Каковы основные причины смерти при профузном кровотечении в первые часы после его возникновения? Выберите правильную комбинацию ответов.

- | | |
|----------------------------------|---------------|
| 1. снижение уровня гемоглобина | 1) 1, 2 |
| 2. ишемия печени | 2) 2, 3 |
| 3. острое нарушение гемодинамики | 3) 3 |
| 4. расстройство дыхания | 4) 1, 2, 3, 4 |
| 5. почечная недостаточность. | 5) 4, 5. |

10. Выберите правильную комбинацию ответов. Укажите способы физической остановки кровотечений:

- | | |
|--------------------------|------------|
| 1) применение холода | 1. 1, 2 |
| 2) тампонирование раны | 2. 2, 3 |
| 3) гемостатическая губка | 3. 3, 4, 5 |
| 4) электрокоагуляция | 4. 1, 4 |
| 5) сосудистый шов. | 5. 3, 4. |

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	5	4	2	4	1	5	4	3	4

Тема №6 «Переливание крови и ее компонентов. Кровезаменители.»

1. Какое действие на организм оказывает перелитая донорская кровь?

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. заместительное, кровоостанавливающее | 4. иммунобиологическое |
| 2. дезинтоксикационное | 5. верно все вышеуказанное. |
| 3. стимулирующее, питательное | |

2. Укажите стабилизатор крови:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1. глюгицир | 4. натрия ацетат |
| 2. протаминсульфат | 5. натрия бикарбонат. |
| 3. 0,9% раствор натрия хлорида | |

3. Какие осложнения могут быть в первые сутки после технически правильно проведенной гемотрансфузии?

1. пирогенные реакции
2. тромбоэмболия
3. острое расширение сердца
4. острая почечная недостаточность
5. острое нарушение мозгового кровообращения.

4. Укажите позднее осложнение после гемотрансфузии:

1. гемотрансфузионный шок
2. тромбоэмболия
3. анафилактический шок
4. аллергические реакции
5. острая почечная недостаточность.

5. С гемостатической целью при продолжающемся кровотечении предпочтительнее переливание:

1. тромбоцитарной или лейкоцитарной массы
2. полиглюкина или реополиглюкина
3. плазмы или цельной крови
4. гемодеза
5. эритроцитарной массы или взвеси.

6. Укажите ранние симптомы осложнений, вызванных переливанием несовместимой крови:

1. гипотермия, апатия
2. анурия, гемоглобинурия
3. анизокория, брадикардия
4. брадикардия
5. чувство жара, боли в пояснице, животе, за грудиной.

7. Назовите срок годности цитратной крови:

1. 1 сут
2. 7 сут
3. 14 сут
4. 21 сут
5. 1 год.

8. Укажите срок годности нативной плазмы и лейкоцитарной массы:

1. 1 сут
2. 3 сут
3. 14 сут
4. 21 сут
5. 1 мес.

9. Укажите срок годности свежемороженой плазмы:

1. 3 сут
2. 1 мес
3. 3 мес
4. 6 мес
5. 1 год.

10. Какие осложнения могут возникать при переливании кровезаменителей?

1. аллергические реакции
2. пирогенные реакции
3. токсические реакции
4. все вышеперечисленные реакции.

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	1	1	5	3	5	4	2	3	4

Тема №7 «Общие вопросы анестезиологии. Компоненты общей анестезии. Виды наркоза.»

1. Какая дата является днем рождения анестезиологии?

1. 16.10.1846 года.
2. 13.05.1930 года.
3. XIX век.
4. Нет определенной даты.

2. Кто впервые успешно применил эфирный наркоз?

1. В.Мортон.
2. Д. Харрисон.
3. Р. Бретбери
4. Р.Блекмор.

3. На каком уровне действует общее обезболивание?

1. Чувствительный нейрон.
2. Рецептор - чувствительный нейрон.
3. ЦНС.
4. Двигательный нейрон- рецептор- чувствительный нейрон.

4. И в каком городе впервые был применен наркоз?

1. Лондон.
2. Копенгаген
3. Бостон.
4. Санкт-Петербург.

5. Анестезиолог должен уметь:

1. Выполнить инфильтрационную анестезию.
2. Внутрикостную анестезию.
- 6. Общее обезболивание не включает в себя:**
 1. Анальгезию.
 2. Анестезию.
 3. Наркоз.
 4. Гиперестезию.
- 7. Какие пути введения лекарств существуют при наркозе?**
 1. Через дыхательные пути.
 2. Через мочевыделительную систему.
 3. Через кожу.
 4. Через прямую кишку.
- 8. Что не входит в основные задачи наркоза?**
 1. Контроль адекватного газообмена.
 2. Контроль за пищеварительной системой.
 3. Контроль за артериальным давлением.
 4. Контроль за мочевыделительной системой.
- 9. Кем разработаны основные фазы воздействия наркотического вещества на ЦНС?**
 1. Н.И.Пироговым.
 2. И.П.Павловым.
 3. И.М.Сеченовым.
 4. В.М.Бехтеревым.
- 10. Фазой наркотического воздействия на ЦНС не является:**
 1. Гипнотическая фаза.
 2. Фаза регургитации.
 3. Фаза возбуждения.
 4. Фаза наркотического сна.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	1	3	3	4	4	1	2	2	2

Тема №8 «Виды местной анестезии.»

- 1. К эфирным соединениям не относится:**
 1. Кокаин.
 2. Дикаин.
 3. Хлорпрокаин.
 4. Бупивакаин.
- 2. Контактную анестезию можно использовать:**
 1. При ФГДС.
 2. При фиброколоноскопии.
 3. При гастротомии.
 4. При цистэктомии.
- 3. Спинальная анестезия - это введение анестетика:**
 1. В эпидуральное пространство.
 2. В спинной мозг.
 3. В продолговатый мозг.
 4. Под твердую мозговую оболочку.
- 4. К местным анестетикам амидного ряда относится:**
 1. Кокаин.
 2. Новокаин.
 3. Совкаин.
 4. Лидокаин.
- 5. Положение больного при выполнении эпидуральной анестезии:**
 1. Лежа на спине с приведенными коленями.
 2. В положении Тренделенбурга.
 3. Лежа на животе.
 4. Сидя на операционном столе с согнутой спиной.
- 6. Эпидуральная анестезия обеспечивает:**
 1. Быстрый и спокойный сон пациента.
 2. Повышение вагусного тонуса.
 3. Надежное обезболивание пациента с повышением АД.
 4. Сохранение мышечного тонуса в зоне операции.
- 7. Местная анестезия обеспечивает:**
 1. Надежное отключение сознания.
 2. Легкую миорелаксацию.
 3. Обезболивающий эффект.
 4. Снижение двигательной активности.
- 8. К виду местной анестезии не относится:**
 1. Контактная.
 2. Проводниковая.
 3. Транслимбическая.
 4. Футлярная.
- 9. Местная анестезия не может быть использована при:**
 1. Аппендэктомии.
 2. Холецистэктомии лапаротомным доступом.
 3. Холецистэктомии лапароскопическим доступом.

4. Фиброгастродуоденоскопии.

10. Местные анестетики амидного ряда более стабильны и не вызывают:

1. Привыкания.
2. Аллергии.
3. Судорог.
4. Тахикардии.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	1	4	4	4	4	3	3	3	2

Тема №9 «Переломы и вывихи.»

1. Абсолютный признак перелома костей:

1. деформация сустава
2. деформация мягких тканей
3. отек
4. патологическая подвижность костных отломков

2. Признак, характерный только для перелома:

1. кровоподтек
2. припухлость
3. крепитация костных отломков
4. нарушение функции конечности

3. Симптом, характерный только для вывиха:

1. боль
2. гиперемия
3. нарушение функции
4. пружинящая фиксация

4. Первая помощь при закрытом вывихе:

1. наложение давящей повязки
2. тепло на место повреждения
3. транспортная иммобилизация
4. асептическая повязка

5. Патологическим называется вывих:

1. врожденный
2. при травме
3. при разрушении кости
4. «застарелый»

6. Определить последовательность оказания помощи при открытом переломе костей: 1. наложить шину, 2. зафиксировать шину к конечности повязкой, 3. обеспечить обезболивание, 4. остановить кровотечение, 5. наложить асептическую повязку, 6. отмоделировать шину:

1. 4,3,5,6,1,2
2. 3,4,6,5,1,2
3. 5,3,6,4,2,1
4. 3,5,6,4,2,1

7. При сохраненной целостности кожи определяется локальная боль, крепитация и деформация конечности, можно предположить:

1. повреждение связочного аппарата
2. ушиб мягких тканей
3. вывих
4. закрытый перелом

8. Абсолютное укорочение конечности характерно для:

1. растяжения связок
2. перелома костей
3. ушиба
4. разрыва суставной капсулы

9. При переломе бедра необходимо фиксировать:

1. тазобедренный сустав
2. тазобедренный и коленный суставы
3. тазобедренный, голеностопный и коленный суставы
4. место перелома

10. При переломе костей предплечья шина накладывается:

1. от лучезапястного сустава до верхней трети плеча
2. от лучезапястного до локтевого сустава
3. на место перелома
4. от кончиков пальцев до верхней трети плеча

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	3	4	3	3	1	4	2	4	3

Тема №10 «Травмы головы, груди и живота. Синдром длительного сдавления.»

1. Укажите симптом ушиба мягких тканей головы:

1. рвота
2. потеря сознания
3. амнезия
4. анизокория

5. подкожная гематома

2. Что способствует увеличению проницаемости сосудистой стенки и отеку мозга при его травме:

1. спазм артерий
2. спазм вен
3. дилатация артерий
4. дилатация вен
5. спазм вен и дилатация артерий

3. Какая терапия проводится при сотрясении головного мозга легкой степени:

1. симптоматическая
2. дегидратационная
3. дезинтоксикационная
4. симптоматическая и дегидратационная
5. симптоматическая и дезинтоксикационная

4. При нарастающей черепной гематоме требуется:

1. экстренная операция и дегидратационная терапия
2. симптоматическая и дегидратационная терапия
3. симптоматическая терапия и при отсутствии эффекта - операция
4. антибактериальная и симптоматическая терапия
5. оперативное лечение не требуется

5. Проявление локальной симптоматики при сдавлении мозга нарастающей гематомой начинается:

1. сразу после травмы
2. через некоторый «светлый» промежуток времени
3. в момент травмы
4. сразу после госпитализации
5. появление локальной симптоматики не характерно

6. Абсолютным признаком проникающего ранения свода черепа является:

1. боль в области раны
2. кровотечение из раны
3. тошнота и рвота
4. крепитация костных отломков
5. истечение ликвора из раны

7. Всем пострадавшим с любого вида черепно-мозговой травмой обязательна:

1. электрокардиография
2. компьютерная томография
3. рентгенография черепа
4. консультация терапевта
5. флюорография легких

8. К симптомам сотрясения головного мозга тяжелой степени относятся:

1. тахикардия
2. ретроградная амнезия
3. живая реакция зрачков на свет
4. олигурия
5. желтуха

9. К симптомам сотрясения головного мозга относятся все, кроме:

1. тошноты
2. потери сознания
3. вялой реакции зрачков на свет
4. ретроградной амнезии
5. симптома очков

10. Укажите объем первой помощи пострадавшему с сотрясением головного мозга:

1. спинальная пункция, компресс на голову
2. строгий покой, холодный компресс на голову, обезболивающие
3. в/в введение 40% раствора глюкозы и обезболивающие
4. строгий покой и разгрузочная спинальная пункция
5. холодный компресс на голову и в/в введение 40% раствора глюкозы

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	4	4	1	2	5	3	2	5	2

Тема №11 «Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок. Понятие о шоках другой этиологии. Сердечно-легочная реанимация.»

1. Можно ли вывести человека из состояния биологической смерти:

1. возможно полное оживление
2. нет
3. возможно частичное оживление
4. в зависимости от причины смерти
5. возможно при продолжительных реанимационных мероприятиях

2. К критериям эффективности реанимационных мероприятий не относится:

1. порозовение кожных покровов
2. сужение зрачка
3. повышение АД до 70-80 мм рт. ст.
4. расширение зрачка, отсутствие реакции на свет
5. восстановление работы сердца

3. Какие функции организма нужно восстанавливать в первую очередь при умирании:

1. газообмен и кровоток
2. самостоятельное дыхание
3. функцию почек
4. функцию печени
5. сознание

4. Прямым эффектом от внутриартериального введения крови не является:

1. повышение тонуса сосудов
2. стимуляция работы сердца
3. увеличение ОЦК
4. восстановление дыхания
5. увеличение кислородной емкости крови

5. Положение головы пострадавшего при проведении дыхания «рот в рот»:

1. лицом вниз
2. голова повернута набок
3. лицом вверх
4. голова запрокинута
5. голова притянута к груди

6. Целью массажа сердца является:

1. создание циркуляции крови, восстановление работы сердца
2. восстановление диуреза
3. восстановление сознания
4. восстановление функции почек
5. устранение метаболического ацидоза

7. Пострадавший при проведении непрямого массажа сердца должен лежать на:

1. животе
2. правом боку
3. мягкой кровати
4. спине, жесткой кровати
5. левом боку

8. Достаточным для поддержания жизнедеятельности систолическим давлением является:

1. 30 мм рт.ст.
2. 50-60 мм рт.ст.
3. 60-70 мм рт.ст.
4. 10-20 мм рт.ст.
5. 150-160 мм рт.ст.

9. Оперативный доступ к сердцу для проведения прямого массажа:

1. по средней линии живота
2. в IV межреберье справа от грудины
3. в VII межреберье слева от грудины
4. от среднеподмышечной линии до паравертебральной слева
5. в IV межреберье слева от грудины

10. Последовательность реанимационных мероприятий при утоплении:

1. кардиотоники, ИВЛ, массаж сердца, удалить воду
2. массаж сердца, ИВЛ, кардиотоники, удалить воду
3. удалить воду, массаж сердца, ИВЛ, кардиотоники
4. кардиотоники, удалить воду, массаж сердца, ИВЛ
5. удалить воду, кардиотоники, массаж сердца, ИВЛ

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	4	1	4	4	1	4	3	5	3

Тема №12 «Раны и раневой процесс.»

1. сквозная рана с наличием небольшого входного и большого выходного отверстий наблюдается при ранении:

1. финкой
2. штыком
3. осколком
4. пулей с близкого расстояния
5. шпагой.

2. По инфицированности выделяют раны:

1. гнойные, асептические, отравленные

2. асептические, скальпированные, гнойные
3. укушенные, свежеинфицированные, асептические
4. чистые, свежеинфицированные, зараженные
5. гнойные, свежеинфицированные, асептические.

3. Верно ли утверждение: раны называются осложненными, потому что в процессе заживления они могут нагнаиваться, сопровождаться вторичным кровотечением и т.д.:

1. да
2. нет.

4. Чем объясняется наличие зоны молекулярного сотрясения приогнестрельном ранении?

1. давлением на ткани снаряда
2. пульсацией клеток в зоне раны
3. волнообразными движениями стенок канала
4. изменением осмотического давления
5. массой снаряда.

5. Чем обуславливается степень зияния раны?

1. глубиной повреждения
2. повреждением нервных стволов
3. повреждением фасций
4. повреждением мышц и сухожилий
5. направлением эластических волокон кожи.

6. Рану ушибленную от раны рубленой отличает все, кроме:

1. наличия кровоподтека по краю раны
2. разной глубины повреждения
3. наличия разможенных тканей
4. нарушения целостности нервных стволов
5. менее выраженного кровотечения.

7. Под первичной хирургической обработкой раны следует понимать:

1. иссечение краев и дна раны
2. вскрытие карманов и затеков
3. удаление гнойного отделяемого
4. иссечение краев, стенок и дна раны
5. промывание раны антисептиком гемостаз.

8. Имеется рана с ограниченным участком некроза края кожи. Что необходимо сделать?

1. назначить УВЧ на рану
2. наложить повязку с гипертоническим раствором
3. наложить повязку с мазью Вишневского
4. дренировать рану
5. иссечь омертвевший участок кожи.

9. Первично-отсроченный шов накладывают на рану в сроки:

1. 3-4-й день
2. 5-6-й день
3. 8-15-й день
4. сразу после первичной хирургической обработки
5. 20-30-й день.

10. Какой шов можно наложить на рану на восьмой день после первичной хирургической обработки?

1. первичный
2. провизорный
3. первично-отсроченный
4. ранний вторичный
5. поздний вторичный.

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	5	2	1	5	5	4	5	2	2

Тема №13 «Ожоги. Отморожения. Электротравма.»

1. Укажите метод наиболее точного определения площади ожога тела:

1. "правило ладони"
2. "правило девяток"
3. метод Б.Н.Постникова (1949)
4. по специальным таблицам
5. метод Вилявина (квадраты на поле силуэтов).

2. Для поверхностных ожогов характерно фазовое течение раневого процесса. Исключите неверно указанную фазу:

1. серозное асептическое воспаление
2. отторжение струпа
3. регенерация.

3. Из местных симптомов для ожога I степени характерно все, кроме:

1. гипертермии
2. болезненности
3. покраснения
4. отека
5. гип 0о 9стезии.

4. Из местных симптомов при ожоге II степени отмечается все, кроме:

1. болезненности
2. гиперемии
3. пузырей

4. отека
5. гип 0о 9стезии.

5. Для ожогового шока характерно все, кроме:

1. алкалоза
2. гипергликемии
3. гиперкалиемии

4. ацидоза
5. повышения в крови активности аланин-амино-трансферазы.

6. Объем первой помощи при ожогах предполагает все, кроме:

1. введения обезболивающих
2. наложения сухой асептической повязки
3. наложения мазевой повязки

4. профилактики асфиксии при ожоге верхних дыхательных путей
5. организации доставки в лечебное учреждение.

7. Допустимо ли при лечении ожога I степени ограничиться смазыванием пораженной поверхности рыбьим жиром (синтомициновой эмульсией и т.п.)?

1. да
2. нет.

8. Как поступить с небольшими и среднего размера пузырями на ожоговой поверхности?

1. вскрыть
2. иссечь.

9. При химических ожогах объем первой помощи включает все, кроме:

1. промывание проточной водой
2. обработки нейтрализующими растворами
3. обезболивания

4. наложения мазевой повязки
5. организации доставки пострадавшего в лечебное учреждение.

10. На месте происшествия пострадавшему в состоянии клинической смерти от воздействия электрического тока показаны все мероприятия, кроме:

1. искусственной вентиляции легких
2. закрытого массажа сердца
3. введения в полость сердца 6-7 мл 7,5 % раствора калия хлорида

4. дефибрилляции сердца
5. трахеотомии.

Эталонные ответы:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	2	5	5	1	3	1	1	4	5

Тема №14 «Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды.»

1. Хирургической операцией называется:

1. лечение больного путем обнаружения патологического очага и удаление его
2. разъединение покровных тканей для удаления патологического очага
3. комплекс мероприятий, предусматривающий оперативный доступ и оперативный прием
4. механическое воздействие на органы и ткани, производимое с целью лечения и диагностики

2. Какую из перечисленных операций можно отнести к бескровным:

1. резекцию желудка
2. биопсию
3. вправление вывиха
4. экстракцию зуба
5. плевральную пункцию

3. Экстренная операция не проводится:

1. при напряженном пневмотораксе
2. при артериальном кровотечении
3. при перитоните
4. при злокачественных опухолях
5. при сдавлении головного мозга

4. Экстренной операцией не является:

1. лапаротомия при разрыве селезенки
2. трепанация черепа при субдуральной гематоме
3. трахеостомия при отеке гортани
4. резекция желудка при стенозе привратника
5. ушивание раны сердца при его ранении

5. Многоэтапной операцией является:

1. ПХО раны
2. вправление вывиха плеча по Кохеру
3. пластика дефекта кожи лица по Филатову
4. ампутация бедра

5. вскрытие флегмоны ягодичной области

6. Лапароскопия не информативна:

1. при разрыве селезенки
2. при остром холецистите
3. при панкреонекрозе
4. при остром паранефрите
5. при остром аппендиците

7. Что из перечисленного не относится к оперативному приему:

1. ампутация конечности
2. резекция легкого
3. наложение межкишечного анастомоза
4. вскрытие брюшной полости
5. некрэктомия

8. Плановой операцией является:

1. аппендэктомия при гангренозном аппендиците
2. ушивание перфоративной язвы желудка
3. грыжесечение при неосложненной паховой грыже
4. лапаротомия при травматическом разрыве селезенки
5. трахеостомия при остром отеке гортани

9. Диагностической операцией является:

1. аппендэктомия
2. грыжесечение
3. биопсия лимфоузлов
4. вправление вывиха плеча
5. вскрытие панариция

10. К специальным хирургическим вмешательствам относятся все, кроме:

1. микрохирургических
2. эндоскопических
3. эндоваскулярных
4. криохирургических
5. диагностических

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	3	4	4	2	4	4	3	3	5

Тема №16 «Гнойные заболевания мягких тканей: фурункул, карбункул, рожа, абсцесс, флегмона, гидраденит. Мастит. Лимфаденит и лимфангоит.»

1. Фурункул-острое гнойно-некротическое воспаление волосяных фолликулов, окружающей клетчатки и:

1. апокриновых желез;
2. сальных желез;
3. лимфатических желез;
4. эридермиса

2. Какой микроорганизм чаще всего вызывает образование фурункула:

1. стрептококк;
2. бледная спирохета;
3. кишечная палочка;
4. золотистый стафилококк;

3. Какое заболевание можно заподозрить при частом возникновении фурункулов:

1. сахарный диабет;
2. язвенная болезнь желудка;
3. гипертиреоз;
4. хронический бронхит;
5. дерматит

4. Какая локализация фурункула требует госпитализации:

1. грудная клетка;
2. шея;
3. верхняя и нижняя конечность;
4. лицо;
5. промежность

5. Какое вмешательство проводит хирург в серозно-инфильтративную стадию фурункула:

1. разрез воспалительного очага;
2. антибиотико-новокаиновая блокада;
3. иссечение инфильтрата;
4. удаление гнойного стержня

6. При локализации фурункула на лице имеется угроза развития гнойного менингита, при этом инфекция попадает в мозговые синусы по системе вен:

1. v.subclavia;
2. v.jugularis anterior;
3. v.anonima;
4. v.angularis oculi;

7. Карбункул это:

1. острое гнойное воспаление нескольких рядом лежащих волосяных фолликулов, сальных желез и окружающей их жировой клетчатки;
2. гнойное воспаление жировой клетчатки;
3. гнойное воспаление сальных желез;
4. некроз кожи и подкожной клетчатки

8. Разрез при вскрытии карбункула:

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| 1. линейный; | 3. дугообразный; |
| 2. крестообразный или Н-образный; | 4. окаймляющий |

9. Кардинальным этапом операции при карбункуле является:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. вскрытие гнойной полости; | 3. пункция гнойной полости; |
| 2. некрэктомия; | 4. антибиотико-новокаиновая блокада |

10. Ведущими общеклиническими симптомами при карбункуле являются:

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| 1. артериальная гипертензия; | 3. брадикардия; |
| 2. интоксикация; | 4. менингеальные симптомы |

Эталон ответа:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	4	1	4	2	4	1	2	2	2

Тема №17 «Гнойная хирургия костей и суставов.»**1. Эмболическая теория возникновения гематогенного остеомиелита предложена:**

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1. Дерижановым; | 3. Генке; |
| 2. Леснером; | 4. Гриневым |

2. Острый гематогенный остеомиелит чаще встречается у:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. взрослых; | 4. детей и подростков женского пола; |
| 2. пожилых; | 5. пол и возраст не влияют |
| 3. детей и подростков мужского пола; | |

3. Основная сторона острого гематогенного остеомиелита - реактивность организма, была освещена работами:

- | | |
|----------------|------------|
| 1. Ленснера; | 3. Генке; |
| 2. Дерижанова; | 4. Гринева |

4. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается:

- | | |
|----------------------|-----------|
| 1. эпифиз; | 4. диафиз |
| 2. метафиз; | |
| 3. эпифизарный хрящ; | |

5. Первично-хронический остеомиелит развивается при:

1. низкой вирулентности флоры и сниженной реактивности организма;
2. высокой вирулентности флоры и высокой реактивности организма;
3. низкой вирулентности флоры и высокой реактивности организма;
4. высокой вирулентности флоры и сниженной реактивности организма

6. Что называется острым остеомиелитом:

1. гнойное воспаление фасциальных пространств конечностей;
2. гнойное воспаление суставной сумки;
3. туберкулезное поражение позвонков;
4. гнойное воспаление костного мозга;
5. специфическое воспаление костной ткани

7. К ранним симптомам острого гематогенного остеомиелита относится все, кроме:

- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1. болей в конечности; | 4. высокой температуры; |
| 2. общего недомогания; | 5. флегмоны подкожной клетчатки |
| 3. озноба; | |

8. Одним из мероприятий успешного лечения острого гематогенного остеомиелита является:

1. массаж конечности;
2. активные движения в суставах конечности;
3. скелетное вытяжение;
4. иммобилизация конечности гипсовой повязкой;
5. наложение согревающего компресса

9. Какая операция не выполняется в ранние сроки при остром остеомиелите:

- | | |
|---------------------------------------|---------------------|
| 1. вскрытие флегмоны; | 4. секвестрэктомия; |
| 2. рассечение надкостницы; | 5. костная пластика |
| 3. трепанация костномозговой полости; | |

10. Какое лечебное мероприятие противопоказано в ранней стадии гематогенного остеомиелита

1. массаж, лечебная физкультура;
2. введение антибиотиков;
3. переливание крови;
4. введение витаминов;
5. создание функционального покоя пораженной области

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	3	2	2	1	4	5	4	5	1

Тема №18 «Хирургический сепсис. Гнойные заболевания кисти.»

1. Оперативное лечение подкожного панариция с ногтевой фаланги производят:

1. Под проводниковой анестезией по Лукашевичу-Оберсту
2. Без анестезии
3. Под инфильтрационной анестезией по Вишневскому
4. Под анестезией кисти по Брауну-Усолицевой

2. Панариций чаще возникает при попадании инфекции:

1. Лимфогенным путем
2. Гематогенным путем
3. Трансмиссивным путем
4. Через микротравму

3. Техника выполнения анестезии по Лукашевичу-Оберсту:

1. 0,25% новокаин вводят под жгутиком на уровне основной фаланги, по 2 мл с каждой стороны, обеспечивая отдельными вколами доступ к каждому стволу нерва на пальце
2. Используют инфильтрацию мягких тканей у основания пальца по всей окружности, используя 0,5% р-р новокаина в количестве до 10 мл
3. 2% новокаин вводят под жгутиком на уровне основной фаланги по 2 мл с каждой стороны, обеспечивая двумя вколами блокаду нервных стволиков на пальце
4. 0,25% раствор анестетика вводят инфильтративно как можно ближе к очагу воспаления

4. Болевой синдром при панариции является интенсивным за счет ...

1. Вовлечения в воспалительный процесс кости
2. Высокого внутритканевого давления
3. Распространения процесса воспаления на кисть
4. Некротических процессов в тканях пальцев

5. Чаще всего самостоятельное обращение пациента в медицинские учреждения по поводу панарициев происходит:

1. На 3 сутки от начала заболевания
2. На 2 сутки от начала заболевания
3. После первой бессонной ночи
4. При появлении гиперемии на пальце

6. Термин "сепсис" был введен в практику:

1. Н.И. Пироговым в 1860 году
2. Аристотелем в IV веке до н.э.
3. Гиппократом в 420 году до н.э.
4. Амбруазом Парэ в 1572 году

7. Нормэргическая реакция на внедрение инфекции характеризуется:

1. Преобладанием воспалительных явлений над токсическими
2. Вялым, слабо выраженным воспалительным процессом с умеренными общеклиническими проявлениями
3. Бурным течением с высокой лихорадкой, ознобом

8. Гипоэргическая (анергическая) реакция на внедрение инфекции характеризуется:

1. Преобладанием воспалительных явлений над токсическими
2. Вялым, слабо выраженным воспалительным процессом с умеренными общеклиническими проявлениями
3. Бурным течением с высокой лихорадкой, ознобом

9. Диагноз хирургического сепсиса основывается на следующих важных критериях:

1. Наличие септического очага; клиническая картина; посевы крови
2. Раннее появление трофических нарушений; посевы крови; прогрессирующее ухудшение состояния
3. Прогрессирующее ухудшение состояния; наличие септического очага, лихорадка
4. Посевы крови; ознобы; периодически возникающий понос

10. В лечении хирургического сепсиса особенно следует уделить внимание:

1. Местному очагу

2. Общему лечению сепсиса
3. Местному очагу и иммунотерапии сепсиса
4. Местному очагу и комплексному лечению сепсиса

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	4	3	2	3	2	1	2	1	4

Тема №19 «Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция.»

1. Какие суставы наиболее часто поражаются при костно-суставной форме туберкулеза?

- | | |
|--|---|
| 1. межфаланговые, лучезапястные, голеностопные | 3. коленные, тазобедренные, плечевые |
| 2. межпозвоночные, крестцово-подвздошные | 4. все выше перечисленные |
| | 5. суставы при туберкуле не поражаются. |

2. Какие фазы в развитии туберкулеза костей выделяют по П.Г.Корневу?

- | | |
|---|---|
| 1. периоститную, артритическую, постартритическую | 3. преартритическую, межмышечную, постартритическую |
| 2. преартритическую, артритическую, постартритическую | 4. легочную, гематогенную, артритическую |
| | 5. остеомиелитическую, абсцедирующую, склерозирующую. |

3. В большинстве случаев туберкулезный процесс в кости начинается с:

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1. плоских костей | 3. диафиза |
| 2. эпифиза | 4. метафиза. |

4. Натечным абсцессом называется скопление гноя:

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. в полостях организма | 4. в костно-мозговом канале |
| 2. в области первичного очага | 5. под надкостницей. |
| 3. в тканях, отдаленных от первичного очага | |

5. При туберкуле длинный трубчатых костей преимущественно поражается:

- | | |
|--------------------------------|------------|
| 1. костный мозг | 4. метафиз |
| 2. надкостница | 5. диафиз. |
| 3. спонгиозный суставной конец | |

6. Укажите местные симптомы туберкулеза сустава:

- | | |
|-----------------------|---------------------------|
| 1. боль, припухлость | 4. атрофия мышц |
| 2. нарушение функции | 5. все вышеперечисленные. |
| 3. деформация сустава | |

7. При поражении туберкулезным процессом позвонков происходит разрушение их:

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. тел | 4. остистых отростков |
| 2. дужек | 5. связочного аппарата. |
| 3. поперечных отростков | |

8. Что относится к характерным рентгенологическим признакам туберкулеза костей?

- | | |
|--|--|
| 1. локальное разрежение и разрушение структуры костной ткани | 3. наличие секвестра типа "кусочка тающего сахара" |
| 2. отсутствие реакции со стороны надкостницы | 4. отсутствие зоны склероза вокруг очага |
| | 5. все вышеперечисленное. |

9. Назовите один из ранних диагностических признаков костного туберкулеза:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. пульсирующие боли | 4. необъяснимое появление выпота в суставе |
| 2. выраженная воспалительная реакция | 5. интоксикация, озноб. |
| 3. высокая температура тела | |

10. Какие методы оперативного лечения применяют при костно-суставном туберкулезе?

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. пункции и вскрытие гнойников | 4. ампутации |
| 2. экономные резекции суставов | 5. все вышеперечисленное. |
| 3. резекции в пределах здоровых тканей | |

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	2	2	3	3	5	1	4	4	5

Тема №20 «Основы онкологии.»

1. Что характерно для доброкачественной опухоли?

1. быстрый рост
2. инфильтрирующий рост
3. склонность к рецидивам после операции
4. отсутствие способности давать метастазы
5. резкое влияние на обмен веществ.

2. Что не характерно для злокачественной опухоли?

1. наличие капсулы
2. атипизм строения
3. метастазирование
4. полиморфизм строения
5. относительная автономия роста.

3. Какая особенность не характерна для злокачественной опухоли?

1. распространяется по лимфатическим сосудам
2. прорастает в соседние ткани
3. может существовать всю жизнь больного
4. развиваться быстро и без видимых причин
5. после удаления опухоли наступает рецидив.

4. Выявлению опухоли способствует все исследования, кроме:

1. анамнеза больного
2. эндоскопических исследований
3. лабораторных данных
4. биопсии
5. бактериологического посева.

5. Какое показание необходимо для проведения лучевой терапии?

1. низкая чувствительность клеток опухоли
2. высокая чувствительность клеток опухоли
3. наличие некротических язв в зоне облучения
4. появление симптомов лучевой болезни
5. возможность излечения оперативным путем.

6. Укажите неверное. Под абластикой понимают:

1. обработку раны спиртом после удаления опухоли
2. частую смену инструментов, белья, перчаток во время операции
3. неоднократное мытье рук по ходу операции
4. избегание массажа и кускования опухоли в ходе операции
5. разрез ткани вдали от опухоли.

7. К антибластике относится все, кроме:

1. введения противоопухолевых антибиотиков
2. применения гормональных препаратов
3. применения химиотерапевтических препаратов
4. использования лучевой терапии
5. проведения физиопроцедур.

8. Под онкологической настороженностью врача понимают:

1. подозрение на наличие рака
2. тщательный сбор анамнеза
3. использование общих и специальных методов исследования
4. анализ и синтез полученных данных
5. все вышеперечисленное.

9. К предраковым заболеваниям желудочно-кишечного тракта относятся все, кроме:

1. хронического анацидного гастрита
2. хронической каллезной язвы
3. геморроя
4. полипов желудка
5. полипов толстой кишки.

10. Абластика - это комплекс мероприятий, направленных на:

1. предотвращение диссеминации раковых клеток во время операции
2. уничтожение раковых клеток в ране
3. изоляцию больного от окружающих
4. профилактику заболеваний среди медперсонала
5. все вышеперечисленное.

Эталон ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	1	3	5	2	1	5	5	3	1

2.2. Перечень тематик рефератов для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема №1 «Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Деонтология в хирургии. Ведение медицинской документации.»

1. Организация работы хирургического отделения.
2. Питание хирургических больных. Вопросы диетологии, организации питания в ЛПУ.

Тема №2 «Асептика.»

1. Этапы обработки хирургических инструментов.

2. Способы обработки рук хирурга.

Тема №3 «Антисептика.»

1. Современные методы биологической антисептики.

2. Виды дренирования в хирургии.

Тема №4 «Десмургия.»

1. Современные виды полимерных гипсовых повязок.

2. Методика наложения бинтовых марлевых повязок.

Тема №5 «Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря.»

1. Кровотечение. Нарушение свертывания крови у хирургических больных и методы их коррекции.

2. Современные взгляды на временную и окончательную остановку наружных кровотечений.

Тема №6 «Переливание крови и ее компонентов. Кровезаменители.»

1. Тактика врача при переливании компонентов крови.

2. Современные взгляды на заместительную терапию при острой массивной кровопотере.

Тема №7 «Общие вопросы анестезиологии. Компоненты общей анестезии. Виды наркоза.»

1. Общеврачебные подходы и современные показания к общей и местной анестезии.

2. Наркоз пропофолом.

Тема №8 «Виды местной анестезии.»

1. Боль и болевой синдром. Обезболивание. Местная анестезия.

2. Спинальная анестезия.

Тема №9 «Переломы и вывихи.»

1. Переломы. Клиника, диагностика, лечение.

2. Вывихи. Клиника, диагностика, лечение.

Тема №10 «Травмы головы, груди и живота. Синдром длительного сдавления.»

1. Синдром длительного сдавления.

2. Закрытая травма живота.

Тема №11 «Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок. Понятие о шоках другой этиологии. Сердечно-легочная реанимация.»

1. Травматический шок – причины, патогенез, клиника.

2. Противопоказания к сердечно-легочной реанимации.

Тема №12 «Раны и раневой процесс.»

1. Раны, фазы раневого процесса.

2. Лечение ран на разных стадиях течения раневого процесса.

Тема №13 «Ожоги. Отморожения. Электротравма.»

1. Дифференциальная диагностика ожогов и отморожений по степеням.

2. Электротравма.

Тема №14 «Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды.»

1. Особенности общей предоперационной подготовки у хирургических больных.

2. Предоперационный период.

Тема №15 «Методика обследования хирургических больных. Курация. Представление истории болезни.»

1. Особенности написания истории болезни хирургических больных.

2. Обоснование клинического диагноза.

Тема №16 «Гнойные заболевания мягких тканей: фурункул, карбункул, рожа, абсцесс, флегмона, гидраденит. Мастит. Лимфаденит и лимфангоит.»

1. Общие вопросы гнойных заболеваний серозных полостей.

2. Новые методы в лечении местного воспалительного процесса.

3. Микрофлора в современной гнойно-септической хирургии.

Тема №17 «Гнойная хирургия костей и суставов.»

1. Радикальные операции при хроническом остеомиелите.

2. Гнойный гонит, тактика хирурга, виды операций.

Тема №18 «Хирургический сепсис. Гнойные заболевания кисти.»

1. Сепсис - современные взгляды на этиопатогенез, классификацию и лечение.

2. Анатомо-физиологические особенности гнойных процессов на пальцах кисти.

Тема №19 «Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция.»

1. Анаэробная клостридиальная инфекция. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
2. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Тема №20 «Основы онкологии.»

1. Онкологическая помощь в РФ.
2. Клиническая классификация злокачественных новообразований.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3. Ситуационные задачи

Тема №1 «Виды хирургической помощи. Организация хирургического отделения. Деонтология в хирургии. Ведение медицинской документации.»

Задача № 1.

В приемное отделение самостоятельно обратился мальчик 14 лет в сопровождении родителей с жалобами на боли в животе. Родители опасаются возможности острого аппендицита. Детского хирургического отделения в больнице нет.

1. Можно и нужно ли оказать помощь данному пациенту?
2. Каков должен быть объем помощи?

Задача № 1. Эталон ответа.

Пациент несовершеннолетний, поэтому оказание медицинской помощи в полном объеме возможно только в профильном стационаре. По месту обращения необходимо оказание неотложной помощи по жизненным показаниям. Внешне необходимости в ней нет, однако, чтобы в этом убедиться необходимо провести физикальное исследование пациента. Исследование должно выполняться в присутствии родителей и после получения их письменного согласия. При отсутствии показаний к неотложным лечебным мероприятиям, пациент должен быть направлен к детскому хирургу или другому специалисту-педиатру для дальнейшего обследования и лечения.

Задача №2

Преподаватель поручил Вам сопроводить пациента на рентгенологическое исследование. По дороге обратно больной потребовал у Вас медицинскую карту для ознакомления с результатами исследования, говоря что имеет на это право в соответствии с Законом об охране здоровья РФ.

Как поступить?

Задача №2. Эталон ответа.

Действительно, в соответствии со статьей 19, п.5 Закона № 323-ФЗ пациент имеет право на предоставление информации, которая должна ему быть представлена в доступной форме. Это может сделать только те специалисты, которые смогут интерпретировать информацию проведенного исследования в контексте течения болезни данного пациента. Поэтому знакомство с материалами медицинской карты должно проводиться только в присутствии и при помощи лечащего врача или заведующего отделением.

Тема №2 «Асептика.»

Задача №1

При подготовке больного к плановой хирургической операции по поводу паховой грыжи справа, больной самостоятельно накануне операции побрил правую паховую область и обработал выбритое место 5% спиртовым раствором йода. К каким нежелательным последствиям это может привести. Как поступить в сложившейся ситуации? Как правильно следовало действовать?

Задача №1. Эталон ответа.

Раннее бритье может привести к инфицированию микротравм в зоне бритья с развитием фолликулита, что может способствовать инфицированию операционной раны. Обработка 5% раствором йода может вызвать химический ожог, что осложнит раневой процесс после операции. Кроме того область бритья явно недостаточна, бритью должна быть подвергнута вся брюшная стенка ниже пупка. Бритье должно производиться утром в день операции, желательно не более чем за два часа до ее начала. Кожа после бритья обрабатывается 70% спиртом или другим лицензированным кожным антисептиком. В сложившейся ситуации операцию целесообразно отменить. Новый срок планирования операции – через 7-10 дней.

Задача №2

После вскрытия бикса с перевязочным материалом было обнаружено, что температурный индикатор не изменил цвет. Можно ли использовать этот перевязочный материал? Как поступить со вскрытым биксом?

Задача №2. Эталон ответа.

Перевязочный материал использовать нельзя. Следует поменять температурный индикатор, открыть окошки бикса и отправить его на повторное автоклавирование.

Тема №3 «Антисептика.»

Задача № 1.

Вы работаете в перевязочной в качестве медицинской сестры (брата). Врач, выполняющий перевязку, попросил у Вас перекись водорода, чтобы промыть рану. В перевязочной имеются флаконы с 6% перекисью водорода. Опишите ход Ваших действий.

Задача №1. Эталон ответа.

Для промывания ран применяется перекись водорода только в концентрации 3%. Если таковой в наличии нет, то можно разбавить 6%-ю перекись физиологическим раствором или водой для инъекций в соотношении 1:1. Далее следует уточнить, как врач хочет промывать рану – тампоном, шприцем, потоком антисептика непосредственно из флакона.

Задача №2

В перевязочной находится пациент, прооперированный по поводу гнойных осложнений синдрома диабетической стопы. После ампутации дистальной части стопы, у него имеется рана с довольно обильным жидким зловонным гнойным отделяемым. Края раны отечны и гиперемированы. В ране – значительные участки некрозов апоневрозов и сухожилий. В рану предлежат опилы плюсневых костей. Какие виды антисептики и какие конкретно способы антисептического воздействия можно применить во время перевязки?

Задача №2. Эталон ответа.

Состояние раны может быть характеризовано как гнилостное воспаление с возможным наличием паравульнарных флегмон и затеков. Могут быть использованы все виды антисептики. Из механических способов прямо показана вторичная хирургическая обработка раны, включающая некрэктомию и вскрытие флегмон и затеков. Методы физической антисептики обязательно должны включать дренирование раны, возможно применение вакуум-терапии. Промывание раны растворами антисептиков и наложение повязок с антисептическим действием. Биологическая антисептика должна включать общую антибактериальную терапию, возможно местное использование протеолитических ферментов и бактериофагов.

Тема №4 «Десмургия.»

Задача № 1.

Больному выполнена резекция головки плеча по поводу гнойного остеоартрита плечевого сустава. Операционная рана ушита. Полость сустава дренирована сквозным перфорированным трубчатым дренажем выведенным спереди в нижней части дельтовидно-пекторальной борозды, а сзади – под суставным отростком лопатки. Какие варианты наложения повязки на область операции Вы можете предложить?

Задача № 1. Эталон ответа.

Оптимальным вариантом является лейкопластырная повязка. При непереносимости лейкопластыря возможно наложение колосовидной бинтовой повязки с выведением концов дренажной трубки между турами бинта. В любом случае необходима иммобилизация пораженной конечности на косыночной повязке или повязке-змейке с небольшим отведением плеча, для чего в подмышечную ямку должен быть помещен валик.

Задача №2

Больному после операции пахового грыжесечения рана была дренирована полоской перчаточной резины и была наложена лейкопластырная повязка. На следующий день во время перевязки было обнаружено, что повязка довольно обильно промокла серозно-сукровичным отделяемым, кожные покровы по линии швов умеренно отечны и гиперемированы, а в местах фиксации к коже лейкопластыря – ярко гиперемированы с мелкими эрозиями. Оцените течение послеоперационного периода. Ваши предложения по наложению повязки после перевязки.

Задача №2. Эталон ответа.

Имеется реакция на лейкопластырь в виде острого дерматита. Собственно со стороны операционной раны признаков осложнений не наблюдается. Умеренный отек и гиперемия краев раны соот-

ветствуют фазе воспаления неосложненного течения раневого процесса. Необходимо сменить тип используемого лейкопластыря на гипоаллергенный, Наклеивать его на неповрежденные участки кожи. Имеющиеся эрозии целесообразно задубить 5% раствором перманганата калия. Через 3-4 дня, после удаления дренажа, возможно открытое ведение – швы ежедневно обрабатывать 5% раствором перманганата калия, повязки не накладывать.

Тема №5 «Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря.»

Задача № 1.

В результате бытовой травмы пострадавший получил рваную рану в нижней трети плеча по внутренней поверхности. Из раны имеется обильное кровотечение. Отенок цвета крови (алая или вишневая) и наличие пульсации достоверно определить не удается.

Каков вероятный источник кровотечения? Как оказать пострадавшему неотложную помощь?

Задача № 1. Эталон ответа.

Вероятным источником кровотечения являются плечевые сосуды. Повреждена артерия, вена или оба эти сосуда, до выполнения ПХО достоверно определить не представляется возможным. В то же время, в данном случае необходимости в дифференцировке артериального и венозного кровотечения на этапе догоспитальной помощи нет. Необходимо наложить кровоостанавливающий жгут выше раны, а на рану – асептическую повязку и транспортировать пострадавшего в стационар. В зависимости от тяжести кровопотери на догоспитальном этапе возможно начало инфузионной терапии, ингаляция увлажненного кислорода.

Задача № 2.

При выполнении служебных обязанностей охранник ночного клуба получил резаную рану верхней трети предплечья по сгибательной поверхности. Кровотечение было остановлено наложением жгута из брючного ремня, который наложили другие охранники заведения. В силу различных обстоятельств, в лечебное учреждение пострадавший был доставлен только через два часа после травмы. При выполнении ПХО рана оказалась поверхностной, повреждения крупных сосудов и нервов обнаружено не было. Тем не менее, после операции у пострадавшего был выявлен парез мышц предплечья и кисти.

В чем причина развития этого осложнения? Можно ли было его избежать? Что делать в сложившейся ситуации?

Задача № 2. Эталон ответа.

Наиболее вероятной причиной развития пареза нервов предплечья и кисти является ошибка при наложении кровоостанавливающего жгута – жгут был наложен слишком туго, что и привело к ишемии нервных стволов под жгутом. Осложнение было предотвратимо, и вероятно связано с тем, что жгут накладывали неподготовленные лица в стрессовой ситуации. Больному необходима комплексная реабилитация под общим руководством невролога с использованием медикаментозного, физиотерапевтического лечения и лечебной физкультуры.

Тема №6 «Переливание крови и ее компонентов. Кровезаменители.»

Задача № 1.

При определении группы крови цоликлонами разных серий из лаборатории дважды был получен ответ «Группа крови не совпадает». Как определить группу крови такой ситуации? Что делать, если больному требуется экстренное переливание эритроцитов?

Задача № 1. Эталон ответа.

Если определить группу крови стандартными способами не удастся, то ее образцы (нативная и гепаринизированная) кровь должны быть направлены в специализированную серологическую лабораторию, где кроме антигенного типирования может быть проведен индивидуальный подбор трансфузионных сред. Если больному требуется экстренное переливание эритроцитов, то следует воспользоваться «универсальным донором» - трансфузионной средой группы O(I) Rh отрицательный в дозе не более 500 мл.

Задача №2

При определении резус-фактора цоликлоном «Анти-Д Супер» получен отрицательный результат, подтвержденный в клинической лаборатории. В то же время, пациент утверждает, что неоднократно сдавал кровь в качестве донора. На станции переливания крови ему сообщили, что у него резус-фактор положительный. В чем может быть дело? Каким данным доверять?

Задача №2. Эталон ответа.

Резус отрицательным пациентом, т.е. реципиентом считается лицо, у которого на эритроцитах не выявлен поверхностный антиген D. Резус-отрицательным донором считается лицо, у которого не выявлены антигены C,D,E. Лица с отсутствием антигена D но наличием антигенов C и (или) E считаются как доноры резус-положительными, а как реципиенты – отрицательными. Видимо, к ним относится и рассматриваемый пациент. Доверять необходимо данным клинической лаборатории и заказывать для переливания резус-отрицательные трансфузионные среды.

Тема №7 «Общие вопросы анестезиологии. Компоненты общей анестезии. Виды наркоза.»

Задача № 1.

В 50-х годах XX века ведущие анестезиологи мира (Артузио, Макинтош) разрабатывали техники стабилизации фазы аналгезии эфирного наркоза. Практика показала, что несмотря на отсутствие ощущения боли, выполнение продолжительных и травматичных вмешательств под таким обезболиванием невозможно. В чем причина?

Задача № 1. Эталон ответа.

В то время не было четких представлений о механизмах вегетативных эффектов болевой импульсации и необходимых компонентах анестезиологического пособия. В частности, не была ясна роль нейровегетативной блокады, отсутствующей на стадии аналгезии. Сохранение рефлексов на уровне ствола головного мозга, влияющих на вегетативные функции, хотя и не так быстро как без аналгезии, но все равно приводит к развитию кризиса микроциркуляции и не позволяет выполнять длительные и травматичные оперативные вмешательства.

Задача №2.

Женщина 53 лет готовится к оперативному лечению по поводу желчнокаменной болезни. При расспросе выяснено, что у больной имеются несъемные зубные протезы, один из которых качается. Может ли это повлиять на ход подготовки к операции? Что делать?

Задача №2. Эталон ответа.

Во время интубации трахеи анестезиолог будет манипулировать ларингоскопом во рту и ротоглотке. При этом плохо закрепленный зубной протез может отломиться и стать причиной асфиксии или травмировать глотку. Перед операцией необходим визит к стоматологу с целью надежной фиксации или удаления протеза.

Тема №8 «Виды местной анестезии.»

Задача № 1.

Больной – мужчина 37 лет без существенных сопутствующих заболеваний. Ему предстоит оперативное лечение по поводу хронического остеомиелита большеберцовой кости. Какие варианты анестезиологического пособия возможны? В чем их преимущества и недостатки?

Задача № 1. Эталон ответа.

В данном случае возможны почти все виды общей и местной анестезии. Из методов регионарной анестезии явными преимуществами обладает спинномозговая – она обеспечит надежный блок проведения импульсов на срок не менее 1,5 часов, не сложна, не требует дорогих медикаментов и расходных материалов. Ее основным недостатком применительно к рассматриваемому случаю следует считать возможность развития постпункционного синдрома. Этого недостатка лишена перидуральная анестезия, но ее выполнение технически сложнее, чаще бывает мозаичность анестезии. Проводниковая анестезия возможна как на уровне бедра, так и на голени, но ее выполнение технически еще сложнее, связано с болезненными ощущениями при поиске нерва. Сроки наступления анестезии и ее продолжительность плохо прогнозируемы. Регионарная внутривенная и внутрикостная анестезия, а также инфльтрационная анестезия при операциях на костях имеют лишь историческое значение.

Задача №2.

Спинномозговая анестезия была разработана еще в конце XIX века усилиями американского ученого А.Кенига и немецкого ученого Г.Квинке, а впервые применена на практике немецким хирургом А.Биром в 1898 году. После периода увлечения ей в 20-30-х годах XX века она почти вышла из употребления. Тем не менее, в 90-х годах XX века интерес к ней возродился, и сейчас она вновь является одним из наиболее часто используемых видов интраоперационной анестезии. В чем причина ее временного забвения и последующего возрождения? Каковы ее достоинства и недостатки?

Задача №2. Эталон ответа.

Основной причиной временной утраты интереса к спинномозговой анестезии было относительно большее по сравнению с общей анестезией число осложнений, в первую очередь постпункционно-

го синдрома, сопровождающегося мучительными головными болями и головокружением. Не всегда достаточной была продолжительность анестезии, которая при использовании лидокаина редко превышала 1,5 часа. С появлением сверхтонких игл (24-26G) и мощных амидных анестетиков (бупивоваина и ропивокаина) эти проблемы были решены. Дополнительные возможности использования метода открылись за счет использования сверхтяжелых растворов анестетика. Основными достоинствами метода являются надежность, простота, крайняя редкость опасных для жизни осложнений. К недостаткам можно отнести невозможность пролонгирования спинального блока во время операции, необходимость гиперволемической дилуции перед операцией, необходимость соблюдения постельного режима после операции не менее 14-16 часов, наличие относительно редких случаев постпункционного синдрома.

Тема №9 «Переломы и вывихи.»

Задача № 1.

Пациентка 56 лет упала на гололеде на спину с упором на вытянутую назад руку. Почувствовала сильную боль в области плечевого сустава. Активные движения пораженной конечностью отсутствуют. Плечо немного отведено. Рука согнута в локтевом суставе, движения в котором сохранены. Что еще надо проверить? Ваш предварительный диагноз? Как оказать помощь на догоспитальном этапе?

Задача № 1. Эталон ответа.

Представленные данные позволяют предположить вывих плеча. Непосредственно на месте происшествия целесообразно проверить симптом «пружинящего сопротивления» и симптом осевой нагрузки. При этом исключить патологическую подвижность, как симптом перелома. Необходима транспортная иммобилизация (косыночная повязка) и доставка пострадавшей в травматологический пункт для выполнения рентгенографии и вправления вывиха.

Задача №2

Женщина 84 лет упала дома вставая с кровати. Почувствовала сильную боль в правом бедре. Лежит на спине. Шевелить пораженной конечностью может, но оторвать ее от кровати не может. Пальцы стопы направлены наружу. Что еще надо проверить? Ваш предварительный диагноз? Как оказать помощь на догоспитальном этапе?

Задача №2. Эталон ответа.

Симптом «прилипшей пятки» в сочетании с ротацией конечности кнаружи у женщины старческого возраста с вероятным наличием остеопороза позволяют предположить наличие перелома шейки бедра. Дополнительными аргументами в пользу этого диагноза могут быть положительный симптом осевой нагрузки (болезненность при поколачивании по пятке) и укорочение конечности. Дальнейшая тактика зависит от возможности и согласия больной на оперативное лечение, которое в данной ситуации является методом выбора. После наложения транспортной иммобилизации больную следует доставить в стационар и госпитализировать в травматологическое отделение. Если наличие тяжелых сопутствующих заболеваний полностью исключают возможность операции, то следует наложить гипсовую повязку «деротационный сапожок» на 1,5-2 месяца, после чего активизировать больную с ходьбой на костылях. На время соблюдения постельного режима необходим тщательный уход, профилактика пролежней, пневмонии, инфекции мочевых путей, которые являются основными причинами смерти таких больных.

Тема №10 «Травмы головы, груди и живота. Синдром длительного сдавления.»

Задача № 1.

Пациент 47 лет доставлен в приемное отделение бригадой «Скорой Помощи». Состояние ближе к средней тяжести, заторможен, активных жалоб практически не предъявляет. При ходьбе качается. Во времени и пространстве ориентирован. Около одного часа назад, будучи в состоянии алкогольного опьянения, упал на улице. Обстоятельства травмы не помнит. С его слов, возможно, терял сознание. Тошноты нет, рвоту отрицает. Пульс 82 в мин. АД 140/85. Менингеальные и очаговые неврологические симптомы не определяются. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается. Помочился (для выполнения анализа) свободно, моча прозрачная, соломенно-желтая. Ваш предварительный диагноз? Как поступить далее?

Задача № 1. Эталон ответа.

Диагностика у пациентов в состоянии алкогольного опьянения всегда сложна. Признаков травмы системы органов движения, грудной клетки и живота не выявлено. Имеются некоторые симптомы черепно-мозговой травмы (потеря сознания, ретроградная амнезия), которые в то же время могут

быть обусловлены и наличием алкогольного опьянения. Признаков угрозы жизни на текущий момент нет. Исходя из принципа «наивысшей опасности» больному должен быть поставлен предварительный диагноз «Черепно-мозговая травма? Алкогольное опьянение». Диагноз алкогольного опьянения обязательно должен быть подтвержден в соответствии с правилами. Далее оптимально госпитализировать его на диагностическую койку приемного отделения и динамически наблюдать до протрезвления.

Задача №2

В приемное отделение попутным транспортом доставлен пострадавший 28 лет в тяжелом состоянии. Был сбит машиной около 20 мин назад. Сознание спутанное, жалуется на головную боль. Со слов пострадавшего, ударился головой и потерял сознание. Осмотр груди, живота, конечностей – без особенностей. В правой надбровной области – ссадина и внурикожное кровоизлияние (экхимоз). Лицо ассиметрично за счет отека правой половины. Глотание затруднено, пострадавший поперхивается слюной. Имеется девиация языка влево. Пульс 88 в мин. АД 150/95. Ваш предварительный диагноз? Как поступить далее?

Задача №2. Эталон ответа.

У пострадавшего имеется достоверный симптом черепно-мозговой травмы (потеря сознания). Вероятно, имеются симптомы очагового поражения головного мозга (поперхивание и девиация языка), которые при черепно-мозговой травме являются признаками ушиба головного мозга. Пострадавший должен быть экстренно госпитализирован в отделение нейрохирургии.

Тема №11 «Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок. Понятие о шоках другой этиологии. Сердечно-легочная реанимация.»

Задача № 1.

В приемное отделение доставлен пострадавший в ДТП мужчина 34 лет. При обследовании выявлена следующая патология: ЧМТ, сотрясение головного мозга, закрытый перелом правого бедра с угловым и боковым смещением, открытый оскольчатый перелом нижней трети левой большеберцовой кости. Состояние пострадавшего тяжелое, сознание ясное, заторможен, боли в пораженных конечностях умеренные. ЧДД 24 в мин., ЧСС 112 в мин., АД 85/40 мм рт.ст. Сформулируйте предварительный диагноз. Раскройте патогенез острой сердечно-сосудистой недостаточности. Каковы основные мероприятия неотложной помощи?

Задача № 1. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Политравма. ЧМТ, сотрясение головного мозга, закрытый перелом правого бедра с угловым и боковым смещением, открытый оскольчатый перелом нижней трети левой большеберцовой кости. Травматический шок 3 степени.» Острая сердечно-сосудистая недостаточность при травматическом шоке имеет два основных патогенетических механизма: потеря ОЦК и афферентная болевая импульсация. При ЧМТ возможны центральные механизмы депрессии кровообращения, но при легкой форме ЧМТ, каковой является сотрясение головного мозга, они не задействованы. Потеря ОЦК при механической травме реализуется вследствие кровопотери. Объем последней при закрытом переломе бедра составляет от одного до полутора литров. При открытых переломах кровопотеря может быть значительной за счет наружного кровотечения. Таким образом, у пострадавшего имеется массивная острая кровопотеря. Роль болевой им пульсации в патогенезе острой сердечно-сосудистой недостаточности более сложна. Афферентная импульсация активирует симпатoadреналовую систему, что приводит к генерализованному сосудистому спазму. В результате тканевой гипоксии развивается метаболический ацидоз, следствием которого становится вазоплегия и децентрализация кровообращения. Основными мероприятиями неотложной помощи являются обезболивание, восполнение ОЦК, проверка эффективности транспортной им- мобилизации.

Задача №2

Пациентка 52 лет поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке для лечения по поводу буллезной формы рожистого воспаления левой голени. Состояние при поступлении средней тяжести, пульс 84 в мин, АД 150/80 мм рт.ст, t 38,2°C. Дежурным врачом был назначен ампициллин внутримышечно в дозе 6 грамм в сутки. Ранее антибиотиками пациентка не лечилась. После первой инъекции препарата больная сразу почувствовала себя плохо. Уже в процедурном кабинете почувствовала сердцебиение, тошноту, головокружение, чувство нехватки воздуха. Медицинская сестра процедурного кабинета дала больной понюхать нашатырный спирт и вызвала дежурного врача. Пульс 96 в мин., ЧДД 26 в мин., АД 80/50 мм рт.ст. Какое осложнение развилось у

больной? Каков патогенез острой сердечно-сосудистой недостаточности? Как оказать неотложную помощь?

Задача №2. Эталон ответа.

Четкая связь ухудшения состояния с введением бета-лактаминового антибиотика заставляет предполагать развитие анафилактического шока. Данная группа препаратов является одной из наиболее частых причин лекарственной непереносимости и анафилактического шока. Патогенез острой сердечно-сосудистой недостаточности при анафилактическом шоке состоит в том, что при взаимодействии антигенов и антител происходит выброс большого количества вазоактивных веществ, ряд из которых обладает вазоделятирующим действием. В результате объем сосудистого русла резко увеличивается, а артериальное давление падает. Основной целью неотложной помощи при анафилактическом шоке является стабилизация витальных функций. С целью стабилизации центральной гемодинамики необходимо применение адреналина и преднизолона. Далее больная подлежит переводу в ОРИТ.

Тема №12 «Раны и раневой процесс.»

Задача № 1.

В приемное отделение обратился пациент 44 лет после бытовой механической травмы. По передне-наружной поверхности левой голени имеется поверхностный дефект кожи размерами 7х12 см, дно которого представлено розовой плотной тканью с красными точками. Кровотечение капиллярное, скудное. Боль умеренная, опорная функция конечности не нарушена. Ваш предварительный диагноз? Как оказать первую помощь?

Задача № 1. Эталон ответа.

Описание дна дефекта кожи соответствует сосочковому слою дермы и не соответствует подкожно-жировой клетчатке, фасции и прочим расположенным глубже тканям. Следовательно, у пациента механическое повреждение не проникающее глубже кожи, то есть ссадина. Ссадина не подлежит хирургическому лечению. При отсутствии видимых загрязнений ее края следует обработать каким-либо кожным антисептиком, а на ее поверхность наложить повязку с нейтральной мазью. Возможно заживление ссадины «под струпом», однако дублирование дефекта таких размеров без анестезии может оказаться крайне болезненным. Кроме того, необходимо рассмотреть вопрос об экстренной профилактике столбняка.

Задача №2

В приемное отделение обратился пациент 35 лет около часа назад наступивший на ржавый гвоздь. На подошвенной поверхности правой стопы приблизительно в проекции первого межпальцевого промежутка имеется колотая рана без кровотечения с осадненными краями диаметром около 3 мм. Болезненности на тыле стопы нет. Опора на конечность умеренно болезненна. Что делать?

Задача №2. Эталон ответа.

Колотые раны являются относительным показанием к первичной хирургической обработке (ПХО). При неглубоких ранениях с незначительной бактериальной контаминацией и отсутствием анатомических предпосылок для повреждения сосудисто-нервных пучков и проникновения в полости ПХО может не выполняться. В данном случае эти условия отсутствуют: глубина ранения неизвестна, бактериальная контаминация значительна, нельзя исключить наличие в ране инородных тел (ржавчина с гвоздя). При подобных травмах стопы, если раневой канал проникает глубже подошвенного апоневроза, то развивается глубокая флегмона стопы, требующая широкого вскрытия и приводящая к длительной нетрудоспособности. Таким образом, пациенту показана экстренная госпитализация в хирургическое отделение и выполнение ПХО раны. Скорее всего, ПХО целесообразно завершить оставив рану открытой (без наложения швов). Кроме того, необходимо рассмотреть вопрос об экстренной профилактике столбняка.

Тема №13 «Ожоги. Отморожения. Электротравма.»

Задача № 1.

В приемное отделение доставлен пострадавший на пожаре мужчина 36 лет. Состояние тяжелое. Возбужден, жалуется на сильную боль в местах ожогов. ЧДД 28 в мин, ЧСС 112 в мин, АД 120/60 мм рт.ст. Обе нижние конечности до верхней трети бедер обожжены. На бедрах – пузыри с прозрачным светло-желтым содержимым, на голенях и стопах – пузыри с бурым содержимым, эрозии с серым налетом на месте лопнувших пузырей и участки струпа желтого и светло-коричневого цвета. Травма произошла около часа назад. Ранее медицинская помощь не оказывалась. Сформулируйте диагноз. Какие неотложные мероприятия необходимы?

Задача № 1. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Термический ожог нижних конечностей (около 36% площади тела, 2, 3А, 3Б степени. Ожоговый шок 1-2 степени, эректильная фаза». Необходимо в приемном отделении ввести внутривенно обезболивающие препараты и начать инфузионную терапию кристаллоидными растворами. Далее пациент подлежит госпитализации в специализированное комбустиологическое отделение.

Задача №2

Пациент находится на лечении в ожоговом отделении стационара. Травму получил неделю назад. Обожжена спина и ягодицы, задняя поверхность бедер и голеней. На бедрах и голени вскрыты пузыри, наложены повязки с мазями. На спине и ягодицах сформированы контурные повязки. Состояние пострадавшего ближе к тяжелому, боли умеренные, но имеется выраженное общее недомогание, тошнота, головная боль, постоянная лихорадка до 38,4°C. Больной принимает пищу, мочится самостоятельно, диурез достаточный. Сформулируйте диагноз. Каковы основные направления дальнейшей тактики лечения?

Задача №2. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Термический ожог спины и ягодичных областей 3Б степени, задней поверхности бедер и ягодиц 2 степени, 30-35% площади тела. Ожоговая токсемия». Дальнейшее лечение должно быть направлено на борьбу с эндогенной интоксикацией, в том числе, возможно, с использованием экстракорпоральных методов и местное лечение направленное на скорейшее удаление некрозов с поверхности ожоговой раны на спине и ягодицах и ее пластическое закрытие.

Тема №14 «Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды.»

Задача № 1.

В хирургическое отделение в плановом порядке поступил мужчина 42 лет, страдающий язвенной болезнью желудка. Больной пониженного питания, жалуется на рвоту с серо-водородным запахом 1-2 раза в день. При осмотре определяется симптом плеска в эпигастральной области. ЧСС 84 в мин, АД 105/65 мм рт.ст. Планируется хирургическое лечение. Как подготовить больного к операции?

Задача № 1. Эталон ответа.

У больного имеются признаки стеноза выходного отдела желудка. В ходе предоперационной подготовки должен быть опорожнен и очищен от застоявшейся пищи желудок, ликвидированы водно-электролитные нарушения, восстановлены энергетические ресурсы организма. Следует промывать желудок через зонд ежедневно до чистых вод, проводить инфузионную терапию и парентеральное питание.

Задача №2

В хирургическое отделение поступила больная 62 лет, страдающая сахарным диабетом. На правой стопе отсутствует первый палец. На его месте имеется рана 5х6см, покрытая фибрином. В центре раны предлежит опил первой плюсневой кости серого цвета. Кожа вокруг раны с мощным ороговением и шелушением. Сахар крови 10,1 ммоль/л. Больной выполнена баллонная ангиопластика берцовых артерий, кровотоков в дистальных отделах конечности восстановлен. Планируется резекция первой плюсневой кости, пластическое закрытие раны стопы. Как подготовить больную к операции?

Задача №2. Эталон ответа.

Задачами предоперационной подготовки в данном случае являются: компенсация углеводного обмена и местная подготовка раны. Необходимо назначение инсулина короткого действия под контролем уровня гликемии, удаление гиперкератоза вокруг раны, перевязки с растворами антисептиков, использование УФ-облучения и других методов физической антисептики до перевода раны мягких тканей во вторую фазу течения раневого процесса.

Тема №16 «Гнойные заболевания мягких тканей: фурункул, карбункул, рожа, абсцесс, флегмона, гидраденит. Мастит. Лимфаденит и лимфангоит.»

Задача № 1.

На прием в поликлинику обратилась пациентка 19 лет с жалобами на наличие в надлобковой области болезненного инфильтрата. Состояние удовлетворительное. Не лихорадит. Больна пять дней, беспричинно. При осмотре по верхней границе роста волос обнаружен инфильтрат под гиперемизированной кожей диаметром около 3 см с «головкой» желтого цвета и размягчением в центре.

Пальпация болезненна, инфильтрат подвижен относительно подлежащих тканей. Ваш диагноз? Что делать?

Задача № 1. Эталон ответа.

Наличие подвижного инфильтрата с «головкой» указывает на наличие фурункула, сроки заболевания и наличие размягчения в центре говорят о наличии абсцедирования. Таким образом, у больной - абсцедирующий фурункул Надлобковой области. Показано хирургическое лечение – вскрытие гнойника.

Задача №2

На прием в поликлинику обратился пациент 18 лет с жалобами на наличие на левой щеке болезненного инфильтрата и отека. Болен третий день после выдавливания «угря». Общее состояние удовлетворительное, не лихорадит. При осмотре: на левой половине лица отек суживающий глазную щель, на границе левой щеки и носогубной складки имеется инфильтрат диаметром около 3 см под гиперемизированной кожей с «головкой» в центре, болезненный при пальпации, ограниченно смещаемый относительно подлежащих тканей, без флюктуации и размягчения. Движения головой и нижней челюстью не ограничены и безболезненны. Ваш диагноз? Что делать?

Задача №2. Эталон ответа.

У больного фурункул лица, с учетом выраженного отека, можно предполагать развитие регионарного ретикулярного лимфангоита. Признаков абсцедирования фурункула не выявлено. Учитывая опасность гематогенного и лимфогенного распространения инфекции в полость глазницы и черепа, больному показана экстренная госпитализация в отделение гнойной хирургии, назначение антибактериальной и антикоагулянтной терапии. Нельзя исключить вероятность хирургического лечения, показания к которому могут появиться в ходе дальнейшего наблюдения.

Тема №17 «Гнойная хирургия костей и суставов.»

Задача № 1.

В приемное отделение доставлен пациент 18 лет с жалобами на лихорадку и боли в области правого коленного сустава. Состояние средней тяжести, приближается к тяжелому. Болен пятье сутки. На фоне перенесенной ангины, после переохлаждения появилось общее недомогание, затем нарастающая лихорадка с ознобами и боли в области правого коленного сустава. Температура тела 38,7°C. ЧСС 104 в мин., АД 110/55 мм рт.ст., ЧДД 24 в мин. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Язык суховат Живот мягкий, безболезненный. Отправления в норме. На правой нижней конечности – незначительный мягкий отек. На бедре усилен рисунок подкожных вен. Сгибание и максимальное разгибание в коленном суставе умеренно болезненны. Надколенник не баллотирует. Пальпация и перкуссия его безболезненны. Перкуссия по надмышцелкам бедра умеренно болезненна. Осевая нагрузка на конечность незначительно болезненна. На рентгенограмме правого коленного сустава явных признаков патологии не обнаружено. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

Задача № 1. Эталон ответа.

Наличие признаков выраженной эндогенной интоксикации и развитие заболевания после перенесенной ангины указывают на либо инфекционный, либо инфекционно-аллергический характер заболевания. Наличие болей в области сустава без достоверных признаков острого артрита делает наиболее вероятным диагноз «Острый гематогенный остеомиелит». Больной подлежит экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии. Необходимо начать антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Для подтверждения диагноза наиболее достоверным методом является остеосцинтиграфия. С 7-10 суток болезни может быть информативным КТ. В сомнительных случаях необходима диагностическая трепанация кости, которая при подтверждении диагноза становится лечебным мероприятием.

Задача №2.

На прием в поликлинику обратилась женщина 35 лет с жалобами на боль в области левого коленного сустава, субфебрилитет. Больна около недели, когда после физической нагрузки и переохлаждения появились и стали постепенно нарастать указанные жалобы. В детстве перенесла операцию на левой нижней конечности. Диагноза не знает, родители говорили, что ей «чистили кость». Состояние средней тяжести. Температура тела 37,8°C. ЧСС 88 в мин., АД 120/70 мм рт.ст., ЧДД 20 в мин. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Язык суховат Живот мягкий, безболезненный. Отправления в норме. По передней поверхности левой голени сразу ниже бугристости большеберцовой кости имеется продольный линейный рубец 10x1 см. Вокруг него неяркая гиперемия и отек, распространяющийся вверх на область коленного сустава и вниз до нижней тре-

ти голени. Пальпация и перкуссия в проекции рубца болезненны. Сгибание и максимальное разгибание в коленном суставе умеренно болезненны. Надколенник не баллотируется. Пальпация и перкуссия его безболезненны. Осевая нагрузка на конечность незначительно болезненна. Перкуссия по бугристости большеберцовой кости болезненна. На рентгенограмме правого коленного сустава явных признаков патологии не обнаружено. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

Задача №2. Эталон ответа.

Судя по всему, больная в детстве перенесла острый гематогенный остеомиелит левой большеберцовой кости. В настоящее время имеется обострение хронического гематогенного остеомиелита. Больная подлежит экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии. Необходимо начать антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Для подтверждения диагноза необходима рентгенография левой голени с захватом коленного сустава в двух проекциях. Для уточнения объема поражения целесообразно выполнение остеосцинтиграфии. После подтверждения и уточнения диагноза больной показано оперативное лечение – секвестрнекрэктомия.

Тема №18 «Хирургический сепсис. Гнойные заболевания кисти.»

Задача № 1.

В хирургическом отделении находится на лечении пациент 44 лет, прооперированный три дня назад по поводу острого гнойного гонита слева, осложненного глубокой флегмоной голени. Состояние больного средней тяжести. Беспокоят довольно сильные боли в области операции. Сохраняется лихорадка – 38,7°C вечером, 38,0 °C утром. ЧСС 88 в мин, АД 130/80 мм рт.ст., ЧДД 16 в мин., Le $13,2 \cdot 10^{12}/л$, С-67%, П-8%, Л-23%, М-2%, Э-0%, Б-0%. Сформулируйте диагноз. Ваши предложения по ведению больного?

Задача № 1. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Острый гнойный гонит слева. Параартикулярная глубокая флегмона (указать фасциальный футляр) глени. Сепсис». Диагноз сепсиса установлен на основании наличия очага инфекции и двух признаков SIRS: лихорадки выше 38°C и лейкоцитарной реакции выше $12 \cdot 10^{12}/л$. Наличие этих признаков говорит о неблагоприятном течении заболевания, необходимости проанализировать и пересмотреть лечебную тактику.

Задача №2.

В ОРИТ находится пациентка 47 лет, прооперированная четыре дня назад по поводу ущемленной бедренной грыжи справа, осложненной флегмоной грыжевого мешка и разлитым гнойным перитонитом. Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Боли в животе умеренные. Температура тела вечером 37,7°C, утром 37,4°C. ЧДД 24 в мин. при дыхании увлажненным кислородом через носовые катетеры, ЧСС 92 в мин., АД 120/65 мм рт.ст., суточный диурез 1200 мл, RBC- $3,02 \cdot 10^{12}/л$, WBC- $11,7 \cdot 10^9/л$, PLT- $90 \cdot 10^9/л$, общий белок 52 г/л, общий билирубин 27 мк/л, АЛТ 104Е/л, АСТ 130 Е/л, мочевины 14 ммоль/л, креатинин 115 мк/л. Сформулируйте диагноз. Ваши предложения по ведению больного?

Задача №2. Эталон ответа.

Формулировка диагноза: «Ущемленная бедренная грыжа справа. Флегмона грыжевого мешка. Разлитой гнойный перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис». Диагноз тяжелого сепсиса установлен на основании наличия очага инфекции и признаков СПОН: более чем двукратного повышения АЛТ и АСТ и снижения тромбоцитов ниже $100 \cdot 10^9/л$, депрессии сознания. Из признаков органной дисфункции также отмечается повышение креатинина до 115 мк/л, однако этот симптом не может быть трактован как признак СПОН (>280 мкмоль/л). Развитие СПОН указывает на явно неблагоприятное течение заболевания, требующее активных действий. Видимо имеется очаг инфекции, требующий хирургической санации. Также необходима интенсивная терапия органной дисфункции.

Тема №19 «Анаэробная инфекция. Специфическая хирургическая инфекция.»

Задача № 1.

В хирургическом отделении на лечении находится пациентка 54 лет три дня назад прооперированная по поводу ущемленной бедренной грыжи с некрозом петли тонкой кишки. Во время операции в подкожной клетчатке, окружающей грыжевой мешок хирурги отметили наличие светлокоричневого мутноватого выпота. После вскрытия грыжевого мешка – каловый запах. Была выполнена герниолапаротомия, резекция ущемленной петли кишки в принятых границах. Пластическое закрытие грыжевых ворот не проводилось. На рану наложены редкие швы. На момент осмотра состояние больной тяжелое. В сознании, но заторможена, с трудом отвечает на вопросы. Болей

в покое нет. Небольшая тошнота. Газы не отходили. Мочится самостоятельно, редко. Температура тела 36,1°C. ЧСС 116 в мин., АД 90/60 мм рт.ст., ЧДД 32 в мин. В правой паховой области с распространением на бедро, поясничную и ягодичную области – выраженный отек, кожа светлороманового цвета с синюшными пятнами, напряжена, «лоснится». Пальпация практически безболезненна, при пальпации под кожей определяется крепитация. Между швами отделяемого нет. Ваш предварительный диагноз? Можно ли было избежать такого развития ситуации? Что делать?

Задача № 1. Эталон ответа.

У больной имеются признаки тяжелой эндогенной интоксикации и воспаления в области перенесенной операции. Совокупность признаков указывает на развитие инфекционных осложнений ущемленной грыжи и (или) выполненной операции. Поражение подкожной клетчатки уже во время операции, характерный цвет кожи, наличие газовой крепитации делают наиболее вероятным диагноз клостридиальной инфекции с преимущественным поражением подкожной клетчатки, т.е. клостридиального целлюлита. Возможно, его развития удалось бы избежать, если бы рана после операции осталась открытой. Среди дополнительных мер профилактики в первую очередь следует указать ГБО. На токующий момент необходимо немедленно предпринять повторную операцию: развести рану, взять с ее поверхности мазки-отпечатки, а из более глубоких тканей – материал для бактериологического исследования; широко раскрыть несколькими большими разрезами всю область отека; продолжить интенсивную терапию по программе тяжелого сепсиса в условиях ОРИТ.

Задача №2.

В хирургическом отделении на лечении находится пациент 63 лет страдающий сахарным диабетом. Два дня назад экстренно была выполнена ампутация голени по поводу влажной гангрены стопы. Швы на рану после ампутации не накладывались. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Активных жалоб практически не предъявляет. Температура тела 37,3°C. ЧСС 96 в мин., АД 110/65 мм рт.ст., ЧДД 28 в мин. Культи голени и бедро до верхней трети отечны, кожные покровы бледные, не напряжены, безболезненные, крепитация при пальпации не определяется. Активные движения в коленном суставе отсутствуют, в тазобедренном – резко ограничены, но безболезненные. На перевязке – отделяемое из раны скудное, серозное, зловонное. Мышцы культи голени серо-коричневого цвета, при манипуляциях в ране – распадаются на отдельные волокна. Чувствительность в ране отсутствует. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

Задача №2. Эталон ответа.

Наличие признаков раневой инфекции с некрозом мышц, выраженным отеком и тяжелой эндогенной интоксикацией на фоне сахарного диабета делает наиболее вероятной диагноз клостридиального миозита. После предоперационной подготовки в условиях ОРИТ необходима высокая ампутация бедра, возможно с дополнительным раскрытием фасциальных футляров выше него. В ходе операции целесообразен забор материала для немедленного цитологического и последующего бактериологического исследования. Послеоперационный период необходимо вести в условиях ОРИТ по программе «тяжелый сепсис».

Тема №20 «Основы онкологии.»

Задача №1.

Больной М., 47 лет взят на операцию в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. Причиной ее является злокачественная опухоль восходящего отдела ободочной кишки, суживающая просвет последней. Кроме того, опухоль прорастает в забрюшинное пространство, неподвижная.

1. стадия рака?
2. на что должен обратить внимание хирург при ревизии органов брюшной полости?
3. объем оперативного пособия?
4. принципы послеоперационного введения больного?
5. у кого должен наблюдаться больной после операции?

Задача № 1. Эталон ответа.

1. T4N3M0
2. распространенность опухоли, метастазы
3. илеотрансверзоанастомоз
4. антибактериальная и инфузионная терапия
5. у онколога.

Задача №2.

Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 и 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области - единичный плотный лимфатический узел.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Стадия процесса.

3. Методы обследования

4. Дифференциальный диагноз

5. Схема лечения.

Задача №2. Эталон ответа.

1. Рак молочной железы

2. T4 N2 M 1

3. Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени, органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием.

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить между маститом, актиномикозом и туберкулезом.

5. При верификации диагноза - комплексное лечение: лучевая терапия, затем мастэктомия и химиотерапия.

2.4. Перечень практических навыков, которые необходимо освоить студенту по дисциплине «Общая хирургия. Хирургические болезни.»

№	Практический навык
Тема №2 «Асептика.»	
1	Обработка рук хирурга перед операцией.
2	Обработка и обкладка операционного поля.
3	Одевание хирурга перед операцией в операционной.
4	Работа в перевязочной со стерильным столом перевязочной медсестрой во время перевязки.
5	Работа в перевязочной в качестве врача-хирурга.
Тема №4 «Десмургия.»	
6	Наложить повязку "чепец" на голову.
7	Наложить черепашьи повязки на локтевой и коленный суставы.
8	Наложить колосовидную повязку на плечевой сустав.
9	Наложить крестообразную повязку на 1-ый палец кисти.
10	Наложить повязку "перчатку" на пальцы кисти.
11	Наложить повязку Дезо.
12	Наложить возвращающуюся повязку на кисть, культю конечности.
Тема №5 «Кровотечения. Остановка кровотечения. Острая кровопотеря.»	
13	Временная остановка кровотечения из ветвей сонной, поверхностной височной, плечевой, бедренной артерии методом пальцевого прижатия.
14	Определение пульса на бедренной, подколенной, задней большеберцовой и тыльной артерии стопы
15	Наложить жгут Эсмарха при кровотечении на плечо, предплечье, бедро, голень.
Тема №6 «Переливание крови и ее компонентов. Кровезаменители.»	
16	Определение группы крови с помощью цоликлонов.
17	Определение резус-фактора с помощью цоликлона.
Тема №9 «Переломы и вывихи.»	
18	Наложить транспортную иммобилизацию лестничной шиной при переломе плеча.
19	Наложить транспортную иммобилизацию лестничной шиной при переломе предплечья.
Тема №10 «Травмы головы, груди и живота. Синдром длительного сдавления.»	
20	Подготовить к транспортировке пострадавшего с переломом костей таза.
21	Подготовить к транспортировке пострадавшего с травмой шейного отдела позвоночника.
Тема №11 «Общие вопросы реаниматологии. Травматический шок. Понятие о шоках другой этиологии. Сердечно-легочная реанимация.»	
22	Диагностика состояния агонии и клинической смерти.
23	Компрессия грудной клетки (непрямой массаж сердца)
24	Тройной прием Сафара на верхних дыхательных путях.

25	Искусственная вентиляция легких способом рот-в-рот.
Тема №15 «Методика обследования хирургических больных. Курация. Представление истории болезни.»	
26	Определение анатомической и функциональной длин верхних конечностей.
27	Определение анатомической и функциональной длин нижних конечностей.
28	Симптом осевой нагрузки на конечностях, грудной клетке и позвоночнике.
29	Определение объема движений в плечевом, локтевом, тазобедренном, и коленном суставах.
30	Определение свободной жидкости в брюшной полости.
31	Определение свободного газа в брюшной полости.
32	Исследование симптома Щеткина-Блюмберга.
Тема №20 «Основы онкологии.» Итоговый контроль практических навыков.	
Все практические навыки с 1 по 32.	

2.5. Написание учебной истории болезни по теме №15 «Методика обследования хирургических больных. Курация. Представление истории болезни.»:

Алгоритм написания истории болезни - студент проводит курацию предложенного преподавателем пациента и письменно оформляет историю болезни пациента по схеме:

1. Титульный лист.
2. Паспортная часть.
3. Жалобы, предъявляемые больным.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Аллергологический анамнез.
7. Трансфузиологический анамнез.
8. Перенесенные ранее заболевания, травмы и операции.
9. Семейный анамнез и данные о наследственности.
10. Экспертный анамнез.
11. Общий вид больного.
12. Кожные покровы.
13. Слизистые оболочки (полости рта, конъюнктивы).
14. Подкожная клетчатка.
15. Опорно-двигательный аппарат.
16. Нервная система.
17. Органы дыхания.
18. Органы кровообращения.
19. Органы пищеварения.
20. Органы мочевого выделения.
21. Эндокринная система.
22. Status specialis (localis).
23. Предварительный диагноз.
24. План дополнительных методов исследования.
25. Клинический диагноз.
26. Показания к операции (предоперационный эпикриз) и протокол операции.
27. Дневник.
28. Эпикриз (общее заключение).

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя экзамен

3.1. Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы экзамена(ОПК-8,ОПК-9)

1. Организация хирургического отделения. Планировка, основные помещения, их устройство.
2. Операционный блок хирургического отделения. Основные части и необходимое оборудование.
3. Определение понятия асептики. Разновидности асептики.
4. Профилактика капельной и воздушной инфекции.
5. Эндогенная инфекция. Профилактика эндогенной инфекции.
6. Дезинфекция, предстерилизационная обработка и стерилизация инструментов, резиновых изделий.
7. Стерилизация перевязочного материала и белья. Методы контроля стерилизации.

8. Современные способы подготовки рук хирурга.
9. Современные способы обработки операционного поля.
10. Антисептика: определение, классификация по природе и месту приложения действующего фактора.
11. Способы дренирования ран и полостей, виды дренажей, вакуумное дренирование. Показания к их использованию.
12. Физическая антисептика: способы, показания и противопоказания, место в современной хирургии.
13. Наиболее часто применяемые в хирургии химические антисептики.
14. Основные препараты и методы биологической антисептики.
15. Профилактика случаев профессионального заражения медицинских работников ВИЧ и вирусным гепатитом. Действия при попадании зараженного материала в глаза, на поврежденную кожу.
16. Общие правила наложения повязки. Бинтовые и гипсовые повязки.
17. Кровотечения. Классификация кровотечений.
18. Клинические признаки кровотечения.
19. Факторы, способствующие самопроизвольной остановке кровотечений.
20. Способы окончательной остановки кровотечений.
21. Биологические методы остановки кровотечений.
22. Источники крови для переливания. Организация донорства в нашей стране.
23. Заготовка, консервирование и хранение крови.
24. Показания и противопоказания к гемотрансфузии. Аутогемотрансфузия, реинфузия крови.
25. Группы крови и их совместимость. Современные способы определения группы крови.
26. Резус-фактор. Определение Rh-фактора.
27. Пробы на совместимость при переливании крови. Методика и техника проведения биологической пробы при переливании компонентов и препаратов крови.
28. Порядок действия врача при выполнении гемотрансфузии.
29. Препараты крови. Характеристика.
30. Кровезаменители. Классификация. Способы их введения.
31. Компоненты анестезиологического пособия, их патофизиологическое обоснование.
32. Устройство (основные блоки) и принцип работы наркозного аппарата. Открытый, полуоткрытый, полузакрытый и закрытый контуры работы.
33. Осложнения наркоза. Профилактика. Лечение.
34. Местная анестезия. Классификация. Техника. Растворы. Особенности местной анестезии в стоматологии.
35. Техника местного обезболивания по Лукашевичу-Оберсту. Инфильтрационная анестезия по А.В. Вишневскому.
36. Проводниковая анестезия в стоматологии.
37. Спинальная анестезия: показания, противопоказания, препараты, техника выполнения, возможные осложнения.
38. Перелом. Классификация. Клиническая картина.
39. Современные методы оперативного лечения переломов.
40. Вывихи плеча, бедра. Клиника. Методы вправления.
41. Вывихи нижней челюсти. Клиническая картина, приемы вправления.
42. Черепно-мозговая травма: этиология и патогенез, клинические формы, симптомы, оказание первой помощи.
43. Перелом ребра, механизм травмы, классификация, клиника и диагностика. Возможные осложнения, принципы лечения.
44. Травматический пневмоторакс: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.
45. Переломы таза: механизмы травмы, клиника и диагностика, оказание первой помощи.
46. Понятие о травмах живота: открытых и закрытых, проникающих и непроникающих. Оказание первой помощи.
47. Синдром длительного сдавления: этиология, патогенез, оказание первой медицинской помощи.
48. Понятие о клинической смерти. Диагностика, показания и противопоказания к проведению сердечно-легочной реанимации.

49. Сердечно-легочная реанимация: показания и противопоказания. Техника ИВЛ и закрытого массажа сердца.
50. Обморок, коллапс. Этиология, патогенез, оказание первой помощи.
51. Травматический шок: патогенез, классификация, принципы лечения.
52. Раны. Определение. Классификации.
53. Стадии течения раневого процесса и виды заживления ран. Первичное и вторичное заживление ран.
54. Первичная хирургическая обработка ран (ПХО).
55. Ожоги. Классификация ожогов по глубине поражения тканей.
56. Ожоги. Классификация ожогов по площади поражения. Правило и индекс Франка.
57. Ожоговая болезнь. Принципы лечения.
58. Отморожения. Классификация. Доврачебная и первая врачебная помощь при отморожении.
59. Электротравма. Оказание первой помощи пострадавшим.
60. Пластическое закрытие ожоговой раны: виды кожной пластики и их краткая характеристика.
61. Хирургическая операция. Порядок выполнения и основные опасности хирургической операции.
62. Классификация операций. Подготовка больного к экстренной операции.
63. Послеоперационные осложнения. Лечение. Профилактика.
64. Профилактика тромботических осложнений у хирургических больных.
65. Местные и общие проявления гнойной хирургической инфекции. Принципы лечения гнойной инфекции в стоматологии.
66. Панариций. Определение. Патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Принципы лечения.
67. Лимфаденит. Этиология. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
68. Особенности лечения карбункула лица.
69. Рожистое воспаление. Этиология. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
70. Мастит. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника. Лечение. Профилактика.
71. Фурункул и фурункулез. Определение. Наиболее частые локализации. Профилактика и принципы лечения.
72. Абсцесс и флегмона. Клиническое течение. Лечение.
73. Острый гематогенный остеомиелит: этиология, патогенез, клиника и диагностика, принципы лечения.
74. Хронический остеомиелит: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
75. Особенности лечения хронического остеомиелита нижней челюсти.
76. Сепсис. Очаг внедрения инфекции. Важнейшие факторы патогенеза. Классификация. Клиника. Принципы лечения.
77. Подкожный панариций: этиология, патогенез, клиника и диагностика, принципы лечения.
78. Особенности течения острого воспалительного процесса в подкожно-жировой клетчатке, ладонной поверхности пальцев и кисти.
79. Костный и суставной панариций: этиология, патогенез, принципы диагностики и лечения.
80. Костно-суставной туберкулез. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Принципы лечения больных костно-суставным туберкулезом. Значение санитарного режима, обеспечение покоя и медикаментозное лечение.
81. Столбняк. Этиология. Классификация. Диагностика. Профилактика. Лечение.
82. Специфическая и неспецифическая, активная и пассивная, плановая и экстренная профилактика столбняка.
83. Анаэробная клостридиальная и неклостридиальная инфекция: возбудители, патогенез, диагностика и клинические формы, принципы лечения.
84. Опухоли. Определение. Классификация. Главные особенности доброкачественных и злокачественных опухолей.
85. Виды доброкачественных опухолей. Лечение.
86. Предраковые заболевания. Онкологическая бдительность. Пути профилактики опухолей.
87. Злокачественные опухоли. Классификация. Клиническая характеристика.
88. Принципы ранней диагностики злокачественных опухолей. Организация онкологической помощи в нашей стране.
89. Клинические группы онкологических больных.

90. Принципы лечения злокачественных опухолей. Радикальные и паллиативные операции.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-8	готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач	Знать: Классификацию и основные характеристики лекарственных средств, фармакодинамику и фармакокинетику, показания и противопоказания к применению лекарственных средств; побочные эффекты; взаимодействие лекарственных средств при их комбинированном назначении. Общие принципы оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств	Отсутствие знаний классификации и основных характеристик лекарственных средств, фармакодинамики и фармакокинетики, показаний и противопоказаний к применению лекарственных средств; побочных эффектов; взаимодействия лекарственных средств при их комбинированном назначении, общих принципов оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств.	Фрагментарные знания классификации и основных характеристик лекарственных средств, фармакодинамики и фармакокинетики, показаний и противопоказаний к применению лекарственных средств; побочных эффектов; взаимодействия лекарственных средств при их комбинированном назначении, общих принципов оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств.	Общие, но не структурированные знания классификации и основных характеристик лекарственных средств, фармакодинамики и фармакокинетики, показаний и противопоказаний к применению лекарственных средств; побочных эффектов; взаимодействия лекарственных средств при их комбинированном назначении, общих принципов оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств.	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания классификации и основных характеристик лекарственных средств, фармакодинамики и фармакокинетики, показаний и противопоказаний к применению лекарственных средств; побочных эффектов; взаимодействия лекарственных средств при их комбинированном назначении, общих принципов оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств.	Сформированные систематические знания классификации и основных характеристик лекарственных средств, фармакодинамики и фармакокинетики, показаний и противопоказаний к применению лекарственных средств; побочных эффектов; взаимодействия лекарственных средств при их комбинированном назначении, общих принципов оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств.

						ном назначения, общих принципов оформления рецептов и составления рецептурных прописей лекарственных средств.	
		<p>Уметь: анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения больных; выписывать рецепты лекарственных средств, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики, при определенных заболеваниях и патологических процессах в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие умений анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения больных; выписывать рецепты лекарственных средств, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики, при определенных заболеваниях и патологических процессах в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Частично освоенные умения анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения больных; выписывать рецепты лекарственных средств, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики, при определенных заболеваниях и патологических процессах в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешно, но не систематически освоенные умения анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения больных; выписывать рецепты лекарственных средств, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики, при</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения больных; выписывать рецепты лекарственных средств,</p>	<p>Сформированное умение анализировать действие лекарственных средств по совокупности их фармакологических свойств и возможность их использования для терапевтического лечения больных; выписывать рецепты лекарственных средств, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики, при определенных заболеваниях и патологических процессах в рамках изучаемой дисциплины</p>

					определенных заболеваниях и патологических процессах в рамках изучаемой дисциплины	исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики, при определенных заболеваниях и патологических процессах в рамках изучаемой дисциплины	
		Владеть: основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов с учетом их показаний, противопоказаний и побочных эффектов; навыками выписки рецептов.	Отсутствие навыков владения основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов с учетом их показаний, противопоказаний и побочных эффектов; навыков выписки рецептов.	Фрагментарное применение навыков владения основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов с учетом их показаний, противопоказаний и побочных эффектов; навыков выписки рецептов.	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов с учетом их показаний, противопоказаний и побочных эффектов; навыками выписки рецептов.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владения основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов с учетом их показаний, противопоказаний и побочных эффектов; навыки выписки рецептов.	Успешное и систематически применяемые навыки владения основами назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике патологических процессов с учетом их показаний, противопоказаний и побочных эффектов; навыки выписки рецептов.

						казаний и побочных эффектов; навыки выписки рецептов.;	
--	--	--	--	--	--	--	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-9	способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач	Знать: строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма	Отсутствие знаний о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма	Фрагментарные знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма	Общие, но не структурированные знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма	Сформированные систематические знания о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимодействии с их функцией в норме и патологии, особенности организменного и популяционного уровней организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностях строения и развития здорового и больного организма

					и развития здорового и больного организма	организации жизни; анатомо-физиологических, возрастно-половых и индивидуальных особенностей строения и развития здорового и больного организма	
		<p>Уметь: использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Отсутствие умений использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>Частично освоенные умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осущест-вляемые умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания</p>	<p>Сформированное умение использовать приобретенные знания о строении, топографии органов, их систем и аппаратов, организма в целом, четко ориентироваться в сложном строении тела человека для понимания физиологии, патологии, диагностики и лечения.</p>

						физиологии, патологии, диагностики и лечения.	
		<p>Владеть: представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>Отсутствие навыков владения представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>Фрагментарное применение навыков владения представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы владения представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки владения представлением о многоуровневом принципе строения человеческого тела, как биологического объекта, иерархических связях внутри него; представлением о взаимоотношении структуры и функции строения тела человека, с целью последующего использования знаний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.</p>

						ний в интерпретации патогенеза заболевания и в процессе лечения в рамках изучаемой дисциплины.	
--	--	--	--	--	--	--	--

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Входной, текущий контроль, промежуточный контроль
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, практические навыки, реферат, написание истории болезни. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни.

4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для решения ситуационной задачи:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления,

представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточно для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для практических навыков:

Оценка «отлично» выставляется если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями. Оценка «хорошо» выставляется если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов. Оценка «удовлетворительно» выставляется если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично. Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено.

Для разбора тематического больного

- ❖ **Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.
- ❖ **Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.
- ❖ **Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.
- ❖ **Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

- ❖ **Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.
- ❖ **Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.
- ❖ **Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.
- ❖ **Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

Написание истории болезни:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной истории болезни раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть негрубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.