

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет
имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина



Общая хирургия, Хирургические болезни

рабочая программа дисциплины (модуля)

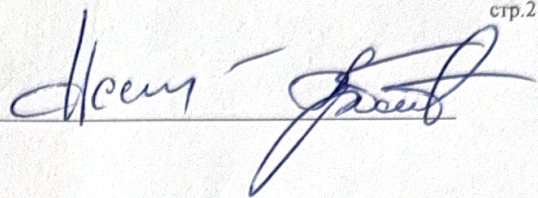
Закреплена за кафедрой	Общей и факультетской хирургии				
Учебный план	310503_25_1 сд.plx Специальность 31.05.03. - РФ, 560004 - КР Стоматология				
Квалификация	Врач-стоматолог				
Форма обучения	очная				
Общая трудоемкость	6 ЗЕТ				
Часов по учебному плану	216	Виды контроля в семестрах:			
в том числе:		зачет 5			
аудиторные занятия	112	экзамен 6			
самостоятельная работа	67,7 35,5				

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.&b><Семестр на курсе>)	5 (3.1)		6 (3.2)		Итого	
Неделя	16		16			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП	УП	РП
Лекции	16	16	16	16	32	32
Практические	32	32	48	48	80	80
Контактная работа в период теоретического обучения	0,3	0,3			0,3	0,3
Контактная работа в период экзаменационной сессии			0,5	0,5	0,5	0,5
В том числе инт.	3	3	4	4	7	7
Итого ауд.	48	48	64	64	112	112
Контактная работа	48,3	48,3	64,5	64,5	112,8	112,8
Сам. работа	23,7	23,7	44	44	67,7	67,7
Часы на контроль			35,5	35,5	35,5	35,5
Итого	72	72	144	144	216	216

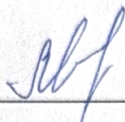
Программу составил(и):

к.м.н., доцент Арбышев Б.Т., Зав. кафедрой д.м.н., профессор Осмонов Т.А.



Рецензент(ы):

к.м.н., доцент Мамашев Н.Д.



Рабочая программа дисциплины

Разработана в соответствии с ФГОС3++:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - специалитет по специальности 31.05.03 Стоматология (приказ Минобрнауки России от 12.08.2020 г. № 984)

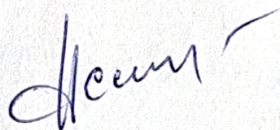
Составлена на основании учебного плана:

Специальность 31.05.03.-РФ,560004-КР Стоматология

Утвержденного учёным советом вуза от 30.06.2025, протокол № 13

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Протокол от 28.08. 2025 г. № 1
Срок действия программы: 2025-2030 уч.гг.
Зав. кафедрой д.м.н., профессор Осмонов Т.А.



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2026 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2026-2027 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____ 2026 г. № _
Зав. кафедрой Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2027 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2027-2028 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____ 2027 г. № _
Зав. кафедрой Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2028 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2028-2029 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____ 2028 г. № _
Зав. кафедрой Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

_____ 2029 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2029-2030 учебном году на заседании кафедры

Протокол от _____ 2029 г. № _
Зав. кафедрой Зав. кафедрой Д.м.н., профессор Осмонов Т.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Создание у студентов-стоматологов теоретических и практических знаний и умений в отношении основных принципов общей хирургии, хирургических болезней, создающих основу для полноценной дальнейшей подготовки специалиста.
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.О
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Фармакология	
2.1.2	Гигиена	
2.1.3	Лучевая диагностика	
2.1.4	Патофизиология - патофизиология головы и шеи	
2.1.5	Иммунология - клиническая иммунология	
2.1.6	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи	
2.1.7	Биологическая химия - биохимия полости рта	
2.1.8	Биоэтика	
2.1.9	Гистология, эмбриология, цитология - гистология полости рта	
2.1.10	Нормальная физиология - физиология челюстно-лицевой области	
2.1.11	Пропедевтика	
2.1.12	Анатомия человека - анатомия головы и шеи	
2.1.13	Биология	
2.1.14	Оперативная хирургия	
2.1.15	Топографическая анатомия головы и шеи	
2.1.16	Физика, математика	
2.1.17	Химия	
2.1.18	Латинский язык	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Медицина катастроф	
2.2.2	Стандарты стоматологического лечения	
2.2.3	Стандарты диагностики	
2.2.4	Стандарты стоматологического лечения	
2.2.5	Клиническая практика (Помощник врача стоматолога (хирурга))	
2.2.6	Офтальмология	
2.2.7	Детская челюстно-лицевая хирургия	
2.2.8	Модуль: Челюстно-лицевая хирургия	
2.2.9	Научно-исследовательская работа	
2.2.10	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия	
2.2.11	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта	
2.2.12	Онкостоматология и лучевая терапия	
2.2.13	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач

Знать:

Уровень 1	морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека
-----------	---

Уметь:

Уровень 1	применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных медицинских изделий при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи
-----------	---

Владеть:

Уровень 1	способностью верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов
-----------	--

ПК-2: Способен к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.

Знать:

Уровень 1	методики проведения физикальных исследований для выявления основных патологических состояний, симптомов синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм; специфику выявления различных видов патологических состояний зубочелюстной системы, диагностики зубочелюстной деформации и аномалии зубов и челюстей; значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.
-----------	---

Уметь:

Уровень 1	осмыслить полученные результаты исследования основных нозологических форм стоматологических заболеваний; анализировать различные виды патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ). Умеет отметить практическую ценность при сравнении конкретных патологических синдромов, симптомов стоматологических заболеваний
-----------	---

Владеть:

Уровень 1	навыками выявления основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний; приемами поиска, выявления и систематизации основных патологических состояний, симптомов синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с (МКБ); навыками собственного обоснования объединения различных симптомов, синдромов в нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X просмотра.
-----------	---

ПК-3: Готов к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации с травмами челюстно-лицевой области.

Знать:

Уровень 1	основы формирования культуры безопасности, экологического сознания и риск-ориентированного мышления, при котором вопросы безопасности и сохранения окружающей среды рассматриваются в качестве важнейших приоритетов жизнедеятельности
-----------	--

Уметь:

Уровень 1	понимать учение об эпидемическом процессе, виды эпидемиологических исследований и их предназначение; осуществление противоэпидемических мероприятий, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях; выявлять вредные влияния факторов среды обитания на организм человека, особенности течения и возможные осложнения челюстно-лицевых заболеваний; анализировать особенности организации оказания медицинской помощи при проведении массовых и спортивных мероприятий, в чрезвычайных ситуациях и катастрофах в мирное и военное время
-----------	---

Владеть:

Уровень 1	методами организации комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и устранения вредных факторов, анализировать и оценивать качество стоматологической помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды. Владеет навыками предупреждения возникновения и распространения челюстно-лицевых заболеваний, их ранней диагностики, выполняет профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия; способен подобрать и оказать помощь при травмах челюстно-лицевой области в соответствии с ситуацией: первая помощь, скорая помощь, госпитализация.
-----------	---

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- правила врачебной этики и деонтологии в хирургии;
3.1.2	- ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в хирургических отделениях и кабинетах лечебно-профилактических учреждений;
3.1.3	- клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;
3.1.4	- методы проведения неотложных мероприятий и показания для госпитализации больных;
3.1.5	- патогенез, диагностику и лечение острых хирургических заболеваний;
3.1.6	- современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных хирургического профиля;

3.1.7	- клинику, диагностику и лечение современных боевых повреждений, объём и организацию оказания первой врачебной и квалифицированной хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации;
3.1.8	- особенности организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, при катастрофах в мирное и военное время.
3.2	Уметь:
3.2.1	- собрать полный медицинский анамнез пациента, провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию);
3.2.2	- провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам;
3.2.3	- интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объём дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз;
3.2.4	- разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения;
3.2.5	- использовать полученные теоретические знания при оказании скорой и неотложной помощи хирургическим больным и раненым;
3.2.6	- выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях;
3.2.7	- проводить с больными и их родственниками профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни;
3.2.8	- определять по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости; гидро- и пневмоторакса и пр.;
3.2.9	- применять методы асептики и антисептики, медицинский инструментарий, медикаментозные средства в лабораторно-диагностических и лечебных целях.
3.3	Владеть:
3.3.1	- ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;
3.3.2	- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста;
3.3.3	- алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным;
3.3.4	- методами диагностики острой хирургической патологии на догоспитальном этапе, диагностики огнестрельных, закрытых ранений, повреждений, раневой инфекции, травматического шока, массивной кровопотери и способами оказания раненым первой врачебной помощи;
3.3.5	- алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
3.3.6	- владеть методикой чтения различных видов рентгенограмм.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Пр. подг.	Примечание
	Раздел 1. Введение в предмет.							
1.1	Введение в хирургию. История мировой и отечественной хирургии. Правила этики и деонтологии в хирургии. Организация и структура хирургической службы. /Лек/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	0	

1.2	Вводное занятие. Этика и деонтология в хирургии. Организация и структура хирургической службы. Знакомство с кафедрой и клиникой /Пр/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	0	Работа с учебным материалом (по конспектам лекций, литературе и т.д.), подготовка к практическом у занятию.
1.3	Введение в хирургию. История мировой и отечественной хирургии. Этика и деонтология в хирургии. Организация и структура хирургической службы /Ср/	5	1		Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	0	
	Раздел 2. Раздел 2 Общие вопросы хирургии							
2.1	Асептика. Антисептика. Современные методы профилактики инфекции. ВИЧ, гепатиты /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.2	Кровотечение. Виды кровотечений. Методы временной и окончательной остановки кровотечений. Компенсация кровопотери. Определение группы крови по системе АВ0 и Rhфактору. /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л3.7Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.3	Термические повреждения. Ожоги. Холодовая травма. Электротравма. Переломы и вывихи. Закрытая травма мягкий тканей. /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.7 Л2.2Л3.10 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.4	Раны и раневая инфекция. Общие вопросы хирургической инфекции. Классификация. Этиология. Патогенез. Общие принципы диагностики и лечения. Местная гнойная инфекция. Гнойная инфекция кожи и мягких тканей. Гнойная инфекция желез (мастит, паротит). Гнойная инфекция костей и суставов. /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.7 Л2.2Л2.3 Л3.6 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.5	Некрозы, язвы, гангрена, свищи. Этиология. Патогенез. Диагностика. лечение. Анаэробная инфекция. Гнилостная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.3 Л2.2Л2.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			

2.6	Острая и хроническая специфическая хирургическая инфекция. Виды. Этиология. Диагностика. Лечение. Общая инфекция – сепсис. Этиология. Классификация. Принципы диагностики. Лечение. /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.3 Л2.2Л3.13 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.7	Доброкачественные и злокачественные опухоли. Этиология. Патогенез. Принципы классификации. Общие принципы диагностики и лечения. /Лек/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.8	Асептика. Антисептика. Современные методы профилактики инфекции. ВИЧ, гепатиты. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.9	Общее и местное обезболивание. Основы реанимации. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.10	Кровотечение. Виды кровотечений. Методы временной и окончательной остановки кровотечений. Компенсация кровопотери. Переливание крови и плазмозамещающих растворов. Определение группы крови по системе АВ0 и Rh-фактору. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л3.6Л3.7 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.11	Термические повреждения. Ожоги. Холодовая травма. Электротравма. /Пр/	5	3	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.7 Л2.2Л3.Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.12	Переломы и вывихи. Закрытая травма мягких тканей. Клиника. Диагностика. Лечение. Транспортная иммобилизация. Десмургия. Отдельные типы повязок. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.7 Л2.2Л2.3 Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.13	Раны и раневая инфекция. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л1.7 Л2.2Л2.3. Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1		Показ видеофильма
2.14	Местная гнойная инфекция. Гнойная инфекция кожи и мягких тканей. Гнойная инфекция желез (мастит, паротит). Гнойная инфекция кисти. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3Л3.6. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1		Показ видеофильма

2.15	Гнойная инфекция костей и суставов. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л3.6 Л2.2 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.16	Некрозы, язвы, гангрена, свищи. Этиология. Патогенез. Диагностика. лечение. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3 Л2.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1		Показ видеофильма
2.17	Анаэробная инфекция. Гнилостная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.13 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.18	Острая и хроническая специфическая хирургическая инфекция. Виды. Этиология. Диагностика. Лечение. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.19	Общая инфекция – сепсис. Этиология. Классификация. Принципы диагностики. Лечение. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.20	Хирургические паразитарные заболевания. Хирургическая эндокринология. Эндемический зоб, диабетическая стопа. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3 Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.21	Доброкачественные и злокачественные опухоли. Этиология. Патогенез. Принципы классификации. Общие принципы диагностики и лечения. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3 Л1.2 Л2.2Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.22	Асептика. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3Л1.2 Л2.2Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.23	Антисептика. Современные методы профилактики инфекции. ВИЧ, гепатиты. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3Л1.2 Л2.2Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.24	Общее и местное обезболивание. Основы реанимации. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3Л1.2 Л2.2Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5			

					Э6 Э7			
2.25	Кровотечение. Виды кровотечений. Методы временной и окончательной остановки кровотечений. Компенсация кровопотери. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1 Л1.3Л1.2 Л2.2 Л3. 6 Л3.7Л3.10 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.26	Переливание крови и плазмозамещающих растворов. Определение группы крови по системе АВ0 и Rh-фактору. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1Л1.3Л1.2 Л2.2 Л3. 6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.27	Термические повреждения. Ожоги. Холодовая травма. Электротравма. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1Л1.3Л1.2 Л2.2 Л3. 6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.28	Переломы и вывихи. Закрытая травма мягкий тканей. Клиника. Диагностика. Лечение. Транспортная иммобилизация. Десмургия. Отдельные типы повязок. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1Л1.3Л1.2 Л2.2 Л3. 6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.29	Раны и раневая инфекция. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1Л1.3Л1.2 Л2.2 Л3. 6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.30	Местная гнойная инфекция. Гнойная инфекция кожи и мягких тканей. Гнойная инфекция желез (мастит, паротит). Гнойная инфекция кисти. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1Л1.3Л1.2 Л2.2 Л3. 6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.31	Гнойная инфекция костей и суставов. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3. Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.32	Некрозы, язвы, гангрена, свищи. Этиология. Патогенез. Диагностика. лечение. /Ср/	5	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3. Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.33	Анаэробная инфекция. Гнилостная инфекция. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. /Ср/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3. Л3.6 Л3.13 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.34	Острая и хроническая специфическая хирургическая инфекция. Виды. Этиология. Диагностика. Лечение. /Ср/	5	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3. Л3.6 Л3.13 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	0	

2.35	Общая инфекция – сепсис. Этиология. Классификация. Принципы диагностики. Лечение. /Ср/	5	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3. Л3.6 Л3.14 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	0	
2.36	Хирургические паразитарные заболевания. Хирургическая эндокринология. Эндемический зоб, диабетическая стопа. /Ср/	5	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л2.2 Л2.3. Л3.6 Л3.13 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
2.37	Доброкачественные и злокачественные опухоли. Этиология. Патогенез. Принципы классификации. Общие принципы диагностики и лечения. /Ср/	5	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л2.1 Л2.2. Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
	Раздел 3. Раздел 3. Хирургические операции.							
3.1	Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды. /Лек/	5	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л1.5 Л2.2. Л2.5 Л3.6 Л3.8 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
3.2	Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды. /Пр/	5	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л1.5 Л2.2. Л2.5 Л3.6 Л3.8 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
3.3	Хирургическая операция. Предоперационный и послеоперационный периоды. /Ср/	5	1,7	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.1Л1.3 Л1.2 Л1.5 Л2.2. Л2.5 Л3.6 Л3.8 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			Подготовить реферат с докладом.
3.4	/КрТО/	5	0,3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
3.5	/Зачёт/	5		ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
	Раздел 4. Раздел 4. Хирургические заболевания ЖКТ, щитовидной и молочной желез.							
4.1	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Рак и полипоз желудка. Заболевание пищевода (рак, ожоги). /Лек/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4Л1.5 Л1.6 Л2.4 Л2.1. Л3.3			

					Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.2	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Острый панкреатит /Лек/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.1 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.3	Грыжи живота и их ущемления. Острая кишечная непроходимость. Острый аппендицит. Перитонит. /Лек/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.2 Л3.8. Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.4	Болезни щитовидной железы (гипертиреоз, опухоли). Заболевания молочной железы (мастит, мастопатия, рак). /Лек/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л3.9. Л3.16 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.5	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Рак желудка и кишечника. Заболевания пищевода (рак, ожоги). /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л3.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.6	Варикозное расширение вен пищеводно-желудочного соустья. Заболевания прямой кишки. Геморрой /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.3. Л3.15 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.7	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Острый панкреатит. /Пр/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.1. Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.8	Грыжи живота и их ущемления. Острая кишечная непроходимость. /Пр/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.2 Л3.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.9	Заболевания молочной железы (мастит, мастопатия, рак). /Пр/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.2 Л3.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.10	Острый аппендицит. Перитонит. /Пр/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.8 Л3.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.11	Эхинококкоз печени. /Пр/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1			

					Л2.3. Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.12	Болезни щитовидной железы (гипертиреоз, опухоли). /Пр/	6	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л3.3. Л3.16 Л3.9. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.13	Варикозное расширение вен пищеводно-желудочного соустья. Заболевания прямой кишки. Геморрой. /Ср/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.3 Л3.15. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.14	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Рак желудка и кишечника. Заболевания пищевода (рак, ожоги). /Ср/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.15	Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Острый панкреатит. /Ср/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.1Л3.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.16	Грыжи живота и их ущемления. Острая кишечная непроходимость. /Ср/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.2. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.17	Острый аппендицит. Перитонит. /Ср/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.3.Л3.8 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.18	Болезни щитовидной железы (гипертиреоз, опухоли). /Ср/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1Л3.3 Л3.9.Л3.16. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.19	Заболевания молочной железы (мастит, мастопатия, рак). /Ср/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1. Л3.3 Л3.9. Л3.16 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
4.20	Эхинококкоз печени. /Ср/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1.			

					Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
	Раздел 5. Раздел 5. Хирургические заболевания сосудистой и дыхательной систем.							
5.1	Заболевания периферических артерий (атеросклероз, тромбоз, эмболия). Болезни вен (варикозная болезнь, тромбоз, тромбозфлебит, хроническая венозная недостаточность, ТЭЛА). /Лек/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.3. Л3.11 Л3.12. Л3.17 Л3.18 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
5.2	Бронхоэктатическая болезнь. Абсцесс легкого, гангрена легкого. Эмпиема плевры. Рак легкого. /Лек/	6	2	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
5.3	Заболевания артерий. Острые заболевания артерий. Острая травма артерий. /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.3. Л3.11 Л3.3. Л3.17 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
5.4	Острые и хронические заболевания вен. /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.3. Л3.12 Л3.3. Л3.17 Л3.18 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1		Показ видеофильма
5.5	Нагноительные заболевания легких и плевры. /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л3.5. Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
5.6	Эхинококкоз легких. /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.1. Л2.3 Л3.4Л3.3Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
5.7	Заболевания артерий. Острые заболевания артерий. Острая травма артерий. /Ср/	6	3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.3. Л3.3 Л3.11Л3.17 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
5.8	Острые и хронические заболевания вен. /Ср/	6	3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л2.3. Л3.3 Л3.11Л3.17 Л3.18 Э1 Э2 Э3 Э4			

					Э5 Э6 Э7			
5.9	Нагноительные заболевания легких и плевры. /Ср/	6	3	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6. Л3.3 Л3.5Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
5.10	Эхинококкоз легких. /Ср/	6	3	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.4 Л1.5 Л1.6. Л2.1 Л2.3 Л3.3.Л3.4. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
	Раздел 6. Раздел 6. Неотложная хирургия при чрезвычайных ситуациях.							
6.1	Огнестрельные ранения. Инфекционные осложнения боевых повреждений. Кровотечения, кровопотеря. Травматический шок. Травматический токсикоз (синдром длительного раздавливания). /Лек/	6	2	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Л3.7 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.2	Огнестрельные и закрытые повреждения конечностей и суставов. Ранения и закрытые повреждения головы и шеи. Ранения и закрытые повреждения груди. /Лек/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Л3.11Л3.12 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.3	Термические поражения. Комбинированные радиационные и химические поражения. /Лек/	6	1	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.4	Огнестрельные ранения. Инфекционные осложнения боевых повреждений. /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1		Показ видеофильма
6.5	Травматический шок. Травматический токсикоз (синдром длительного раздавливания). /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.6	Огнестрельные и закрытые повреждения конечностей и суставов. Ранения и закрытые повреждения головы и шеи. /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Л3.11 Л3.12 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1		Показ видеофильма
6.7	Ранения и закрытые повреждения груди. /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Л3.13 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.8	Ранения и закрытые повреждения живота и таза. /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК-2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Л3.13 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			

6.9	Термические поражения. Комбинированные радиационные и химические поражения. /Пр/	6	3	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	1		Показ видеофильма
6.10	Огнестрельные ранения. Инфекционные осложнения боевых повреждений. /Ср/	6	4	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.11	Травматический шок. Травматический токсикоз (синдром длительного раздавливания). /Ср/	6	4	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.12	Огнестрельные и закрытые повреждения конечностей и суставов. Ранения и закрытые повреждения головы и шеи. /Ср/	6	4	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Л3.11 Л3.12 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.13	Ранения и закрытые повреждения груди. /Ср/	6	4	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.14	Ранения и закрытые повреждения живота и таза. /Ср/	6	4	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.15	Термические поражения. Комбинированные радиационные и химические поражения. /Ср/	6	4	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.7 Л1.5 Л2.3. Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			
6.16	/КрЭж/	6	0,5	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3				
6.17	/Экзамен/	6	35,5	ОПК-5 ПК- 2 ПК-3	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6 Л1.7 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л3.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7			

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы на уровень обученности «ЗНАТЬ»

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ (5 семестр)

Модуль 1. Введение в предмет. Асептика. Антисептика. Общее и местное обезболивание. Основы реанимации.

Кровотечение. Термические повреждения. Переломы и вывихи. Десмургия. Раны и раневая инфекция.

1. Определение хирургии.
2. Основные исторические моменты мировой и отечественной хирургии.
3. Вклад российских, советских, кыргызских хирургов.
4. Этапы развития хирургии, с какими открытиями они связаны.
5. Особенности деонтологии в хирургии.
6. Организация и структура хирургической службы.
7. Дайте определение асептики и расскажите об ее значении в хирургии.
8. Виды асептики.
9. Основные пути распространения инфекции в хирургии.
10. Профилактика воздушной и капельной инфекции.
11. Организация хирургического отделения, его планировка, основные помещения и их устройство.
12. Санитарно-гигиенический режим в хирургическом отделении.
13. Перевязочная и ее оборудование.
14. Операционный блок, его устройство и оборудование: операционная, предоперационная, стерилизационная, материальная, аппаратная, помещение для анестезиологической службы, эндоскопическая и др.
15. Санитарно-гигиенический режим в перевязочной и операционной.
16. Виды уборки операционной и перевязочной.
17. Поведение персонала и посетителей (студентов, врачей) в операционной.
18. Нормативно-правовые документы по асептике.
19. Какие существуют правила обработки рук?
20. Расскажите об обеззараживании рук по Спассокукотскому-Кочергину.
21. Обработка рук муравьиной кислотой (С-4).
22. Обработка рук диоксидом.
23. Обработка рук хлоргексидном биглюконатом.
24. Обработка рук новосептолом.
25. Обработка рук дегмином, дегмицидом.
26. Ускоренный способ обработки рук.
27. Ультразвуковая обработка рук.
28. Способы обработки операционного поля.
29. Расскажите о применении и устройстве бикса.
30. Какие существуют способы укладки материала в бикс?
31. Расскажите о способах контроля стерильности и о значении его асептики.
32. Расскажите об устройстве автоклава.
33. Перечислите последовательность действий при стерилизации в автоклаве.
34. Как простерилизовать шприцы?
35. Как простерилизовать перчатки?
36. В чем заключается предстерилизационная обработка инструментов.
37. Как стерилизуется режущий и колющий инструмент?
38. Как стерилизовать кетгут?
39. Как стерилизовать шовный материал из синтетического материала?
40. Как стерилизовать шелк?
41. Как стерилизовать имплантаты, протезы?
42. Внутрибольничная инфекция.
43. Что означает современная антисептика?
44. Что такое антисептические средства?
45. В чем заключается механизм антисептиков?
46. Назовите основные группы антисептических веществ.
47. Назовите антисептики, применяемые для обработки рук.
48. Перечислите антисептики группы галоидов.
49. Перечислите антисептики группы окислителей.
50. Перечислите группы солей тяжелых металлов.
51. Перечислите альдегиды.
52. Перечислите фенолы.
53. Перечислите красители.
54. Перечислите антисептики группы кислот и щелочей.
55. Перечислите антисептики группы детергентов.
56. Механизм действия ферментов (энзимотерапия).
57. Перечислите известные вам группы антибиотиков.
58. Охарактеризуйте сульфаниламидные препараты.
59. Назовите производные антибиотики группы пенициллина, способы их применения.

60. Назовите производные нитрофурана.
61. Назовите основные антибиотики группы стрептомицина, способ их применения.
62. Назовите основные группы тетрациклина, способ их применения.
63. Назовите группы левометицина, способ их применения.
64. Назовите основные группы макролитов, способ их применения.
65. Назовите основные антибиотики группы аминогликозидов, способ их применения.
66. Какие вы знаете противогрибковые антибиотики?
67. Какие вы знаете основные методы применения антибиотиков?
68. Какие осложнения и когда могут вызвать антибиотики?
69. История развития анестезиологии и реаниматологии.
70. Значение обезболивания в хирургии.
71. Фармакологические средства, применение в анестезиологии.
72. Методы преднарковой медикаментозной подготовки больных к операции.
73. Опасности и возможные осложнения. Предупреждение и борьба с ними.
74. Значение и методы психоэмоциональной подготовки больных к операции.
75. Наркотические вещества – препараты барбитуровой кислоты, гексенал, тиопентал – натрия и др.
76. Препараты небарбитурового ряда: виадрия, оксипутират натрия, сомбревин.
77. Ингаляционный наркоз. Газообразные наркотические средства.
78. Мышечные релаксанты.
79. Неингаляционный наркоз.
80. Выбор метода обезболивания.
81. Особенности общего обезболивания у детей.
82. Препараты для местного обезболивания. Новокаин, тримекаин, диквин.
83. Методы местного обезболивания.
84. Техника местного обезболивания.
85. Показания.
86. Противопоказания.
87. Опасности.
88. Осложнения.
89. Особенности местного обезболивания у детей.
90. Что называется кровотечением?
91. Виды кровотечения.
92. Назовите возможные причины кровотечения.
93. Расскажите классификацию кровотечений.
94. Какова клиническая картина кровотечений?
95. Назовите возможные осложнения кровотечений?
96. Расскажите о временных способах остановки кровотечения.
97. Наложение резинового жгута Эсмарха на плечо и объясните правила его наложения.
98. Перечислите возможные ошибки и опасности при наложении жгута.
99. Наложение на плечо матерчатой закрутки.
100. В чем заключается оказание первой помощи при внутреннем кровотечении?
101. Каковы методы и способы окончательной остановки кровотечения?
102. Как можно провести окончательную остановку внутреннего кровотечения?
103. Каковы особенности ухода за больными после окончательной остановки кровотечения?
104. Принцип трансфузионной терапии при кровопотере.
105. Каковы особенности трансфузионной терапии при кровотечении в ЖКТ?
106. Особенности кровотечений у детей.
107. Напишите соотношение агглютиногенов и агглютининов в группах крови.
108. Что такое изомоглобулинизация и когда она происходит?
109. Напишите группу крови по международной номенклатуре.
110. Расскажите о правильном хранении стандартных сывороток и требования, предъявляемые к ним.
111. Как определяются группы крови стандартными сыворотками?
112. Расскажите о возможных ошибках при определении групп крови.
113. Что следует делать, если при определении групповой принадлежности результаты сомнительны?
114. Что такое резус-фактор и какое он имеет значение при переливании крови?
115. Расскажите о методике резус-фактора.
116. Расскажите о групповой совместимости крови по системе АВО.
117. Когда кровь совместима по резус-фактору?
118. Когда наблюдается несовместимость переливаемой крови по эритроцитам?
119. Понятие о несовместимости крови по лейкоцитам.
120. Понятие о несовместимости крови по тромбоцитам.
121. Понятие о белковой несовместимости.
122. Какая опасность переливания долгохранящейся крови?
123. Что такое микробная несовместимость крови и когда она наблюдается?
124. В чем заключается опасность переливание массивных доз I группы крови?
125. Понятие – «Опасный реципиент».

126. онятие - «Опасный донор».
127. Расскажите, как определяется групповая совместимость крови?
128. Расскажите и определите индивидуальную совместимость.
129. Определите резус-совместимость.
130. Проведите биологическую пробу.
131. Расскажите о своевременных показаниях к переливанию цельной крови.
132. Расскажите о своевременных показаниях к переливанию крови.
133. Как производится реинфузия крови и в каких случаях?
134. Как вы понимаете аллотрансфузию крови?
135. Особенности переливания крови с целью стимуляции организма человека.
136. Перечислите методы прямого переливания крови.
137. Перечислите способы переливания крови.
138. Когда возникает гемотрансфузионный шок, его клиника.
139. Какие осложнения могут возникнуть при переливании крови, связанные с нарушением техники переливания.
140. Какие инфекционные болезни могут передаваться от донора реципиента.
141. Какие осложнения могут быть связаны с неправильным определением годности крови к переливанию?
142. Что такое цитратный шок и его профилактика?
143. Какие причины вызывают пирогенные реакции?
144. Особенности переливания крови у детей.
145. В чем заключается особенность переливания крови при кровотечениях в желудочно-кишечный тракт?
146. Причины трансфузионной терапии при дефиците клеточный элементов крови.
147. Принцип трансфузионной терапии при дефиците белковой крови.
148. Перечислите компоненты крови.
149. Перечислите кровезаменители.
150. Особенности трансфизиологии у детей.
151. Что называется ожогом?
152. Что называется отморожением?
153. Что называется электротравмой?
154. Классификация ожогов по Крейбику.
155. Какие существуют методы определения ожоговой поверхности – площади?
156. Особенности течения ожогового шока.
157. Как оказать первую помощь при термических ожогах?
158. Как оказать помощь при химическом ожоге?
159. Методы лечения ожогов.
160. В чем заключается профилактика отморожений?
161. Оказание первой помощи при отморожениях.
162. Лечение отморожений в дореактивном периоде.
163. Лечение отморожений в реактивном периоде.
164. Лечение электротравмы.
165. Особенности ожогов, отморожений, электротравмы у детей.
166. Что называется травмой?
167. Что называется травматизмом?
168. Расскажите классификацию травм.
169. Перечислите непосредственно опасности травмы.
170. Перечислите ближайшие опасности травмы.
171. Какие могут быть поздние опасности и осложнения травм.
172. Расскажите классификацию травматизма.
173. В чем заключается профилактика травматизма?
174. Какие особенности исследования больных с острой травмой?
175. Расскажите клиническую картину ушиба мягких тканей, первую помощь и лечение.
176. Расскажите клиническую картину и лечение разрыва связок сустава, лечение.
177. Клиническая картина разрыва фасций.
178. Клиническая картина разрыва мышц, лечение.
179. Клиническая картина разрыва сухожилий, лечение.
180. Клиническая картина разрыва нерва, лечение.
181. Ушиб мозга, причины, клиника, лечение.
182. Сдавление мозга, причины, клиника, лечение.
183. Сотрясение грудной клетки, клиника, лечение.
184. Клиника и лечение разрыва полого органа живота.
185. Клиника и лечение повреждений паренхиматозного органа.
186. Повреждение мочевого пузыря, клиника, лечение.
187. Что называется раной.
188. Классификация ран по характеру повреждений ткани.
189. Раны по причине повреждения.
190. Что такое бактериальное загрязнение раны?
191. Чем отличается бактериальное загрязнение от инфекции ран?
192. Перечислите опасности ран.

193. Местные симптомы ран.
194. Общие симптомы ран.
195. От чего зависит интенсивность боли в ране.
196. Чем объяснить зияние раны?
197. Колотая рана.
198. Резаная рана.
199. Огнестрельная рана.
200. Фаза гидратации раневого процесса.
201. Фаза дегидратации раневого процесса.
202. Виды швов, показания к их применению.
203. Расскажите о гнотобиологическом методе лечения ран.
204. Виды заживления ран.
205. Осложнения.
206. Первая медицинская помощь при ранах.

Модуль 2. Местная гнойная инфекция. Гнойная инфекция костей и суставов. Некрозы, язвы, гангрена, свищи. Анаэробная инфекция. Гнилостная инфекция. Острая и хроническая специфическая хирургическая инфекция. Общая инфекция – сепсис. Хирургические паразитарные заболевания. Хирургическая эндокринология. Опухоли. Хирургическая операция.

207. Расскажите классификацию хирургической инфекции.
208. Каковы основные принципы лечения гнойных заболеваний.
209. Фурункул. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
210. Фурункулез: отличие от карбункула, лечение.
211. Карбункул. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
212. Флегмона, определение, этиология, клиника и лечение.
213. Панариций, классификация, клиника, лечение.
214. Рожистое воспаление, этиопатогенез, клиника и лечение.
215. Гидроаденит, определение, этиопатогенез, клиника, лечение.
216. Паронихия. Клиника, лечение.
217. Лимфаденит, лимфангит, клиника и лечение.
218. Мастит, определение, классификация, этиопатогенез, клиника, лечение.
219. Классификация остеомиелита.
220. Теория возникновения остеомиелита.
221. Острый гематогенный остеомиелит, клиника, лечение.
222. Хронический остеомиелит, клиника, лечение.
223. Абсцесс Броди, определение, клиника, лечение.
224. Остеомиелит Гарри, клиника, лечение.
225. Альбуминозный остеомиелит Олье, клиника, лечение.
226. Острогнойные воспаления суставов, клиника и лечение.
227. Причины возникновения омертвений.
228. Перечислите виды омертвений.
229. Общие принципы лечения.
230. Патогенез омертвений при нарушении кровообращения.
231. Что такое тромбоз и эмболия?
232. Причины возникновения пролежней и меры профилактики?
233. Какая инфекция называется анаэробной?
234. Перечислите возбудителя анаэробной инфекции.
235. Какие факторы способствуют развитию анаэробной инфекции?
236. Почему при анаэробной инфекции быстро развивается отек тканей?
237. Каков инкубационный период газовой гангрены?
238. Расскажите клиническую картину газовой гангрены.
239. Расскажите профилактику газовой гангрены.
240. Для чего необходимо изолировать больного с анаэробной инфекцией?
241. Как проводится хирургическое лечение газовой гангрены?
242. Что такое баротерапия газовой гангрены?
243. Какая инфекция называется специфической.
244. Общие понятия о специфической хирургической инфекции.
245. Сибирская язва.
246. Определение.
247. Этиология, причины развития.
248. Клиника.
249. Диагностика.
250. Лечение, особенности лечения (специфическая терапия).
251. Осложнения.
252. Профилактика.
253. Расскажите классификацию столбняка.

254. Расскажите клиническую картину столбняка.
255. Как проводится неспецифическая профилактика столбняка?
256. В чем заключается специфическое лечение столбняка?
257. Как проводится борьба с судорогами при столбняке?
258. Какова особенность клинического течения столбняка, развивающегося после криминального аборта?
259. Общая гнойная инфекция (сепсис). Определение.
260. Классификация.
261. Этиология, пути проникновения инфекции в организм.
262. Патогенез.
263. Клиника, клиническое течение сепсиса (молниеносный, острый, подострый, хронический).
264. Диагностика.
265. Лечение (воздействие на организм, на микрофлору, на очаг инфекции).
266. Осложнения (кровотечения, септический шок, травматическое истощение).
267. Альвеококкоз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
268. Хирургические осложнения паразитарных заболеваний (при аскаридозе, описторхозе, поражении ленточными червями).
269. Профилактика паразитарных заболеваний.
270. Эндемический зоб. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
271. Диабетическая ангиопатия. Хирургические осложнения. Патогенез, клиника, лечение.
272. Дать определение понятию – «Эндемические заболевания».
273. Общие сведения об опухолях.
274. Опухоли доброкачественные и злокачественные.
275. Теории развития опухолей, предрасполагающие факторы, предраковые заболевания.
276. Классификация.
277. Клиника.
278. Диагностика, рентгенологические, УЗИ, эндоскопические, гистологические методы диагностики.
279. Ранняя диагностика злокачественных опухолей.
280. Лечение опухолей: хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, комбинированное.
281. Осложнения.
282. Профилактика.
283. Опухоли соединительно-тканые: доброкачественные (фиброма, липома, хондрома, остеома) и злокачественные (саркомы).
284. Опухоли из мышечной, сосудистой и нервной ткани (миома, ангиома, невринома, ганглионеврома).
285. Опухоли эпителиального происхождения: доброкачественные (цистаденома, папиллома, аденома, дермояд) и злокачественные (рак).
286. Что называется предоперационным периодом?
287. Какое значение играет выявление сопутствующих заболеваний в предоперационном периоде?
288. Как проводится подготовка нервной системы к операции.
289. Как готовят сердечно-сосудистую систему к операции.
290. Расскажите о подготовке к операции желудочно-кишечного тракта.
291. Операция, этапы.
292. Операционные доступы.
293. Фазы послеоперационного периода.
294. Изменения крови в послеоперационном периоде.
295. Осложнения послеоперационного периода.
296. Осложнения со стороны органов дыхания.
297. Осложнения со стороны органов брюшной полости.
298. Осложнения со стороны органов мочевого выделения.
299. Патогенез тромбоэмболии в послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (6 семестр)

Модуль 3. Язвенная болезнь желудка и 12 п.к. Рак желудка и кишечника. Заболевания пищевода (рак, ожоги). Варикозное расширение вен пищевода-желудочного соустья. Заболевания прямой кишки. Геморрой. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Острый панкреатит Грыжи живота и их ущемления. Острая кишечная непроходимость. Острый аппендицит. Перитонит.

1. Этиологические факторы, способствующие возникновению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
2. Патогенез.
3. Клиническая картина.
4. Дифференциальная диагностика язвенной болезни.
5. Методы диагностики язвенной болезни.
6. Данные исследования желудочного сока, рН-метрии. Рентгеноскопия. Эзофагогастродуоденоскопия.
7. Данные исследования крови.
8. Резекция желудка по Бильрот-I, и Бильрот-II.
9. Ваготомия стволовая и селективная в сочетании с дренирующими операциями.
10. Эндоскопические операции.
11. Осложнения язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.
12. Предраковые заболевания желудка.

13. Пути метастазирования рака желудка.
14. Макроскопические формы рака желудка.
15. Гистологические формы рака желудка.
16. Дифференциальный диагноз рака желудка.
17. Принципы ранней диагностики рака желудка.
18. Какие диагностические методы являются основными для диагностики рака желудка.
19. Основные рентгенологические признаки рака желудка.
20. Современные методы лечения рака желудка.
21. Радикальные операции при раке желудка.
22. Паллиативные операции при раке желудка.
23. Послеожоговая рубцовая стриктура пищевода. Принципы лечения. Бужирование. Хирургическое лечение.
24. Рак пищевода. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Восстановительные и реконструктивные операции на пищеводе.
26. Анатомия портальной системы.
27. Цирроз печени этиология, пути профилактики вирусных гепатитов.
28. Патафизиология портальной гипертензии.
29. Анатомия клетчатого пространства вокруг прямой кишки.
30. Острые парапроктиты. Причины их возникновения. Клиника.
31. Хронические парапроктиты, их классификация, клиника и лечение.
32. Геморрой. Клиника, диагностика и методы лечения.
33. Трещины заднего прохода. Клиника. Лечение.
34. Операции, применяемые при трещинах заднего прохода.
35. Выпадение прямой кишки, причины их возникновения.
36. Классификация выпадений прямой кишки.
37. Стадии выпадений прямой кишки.
38. Методы хирургического лечения и показания к хирургическому лечению выпадений прямой кишки.
39. Классификация и локализация рака прямой кишки.
40. Клиника и методы диагностики рака прямой кишки.
41. Показания к различного рода операциям в зависимости от локализации опухоли.
42. Методы радикальных и паллиативных операций при раке прямой кишки.
43. Каловый свищ, противоестественный задний проход.
44. Желчные камни и их значение в возникновение холециститов.
45. Приступ печеночной колики и мероприятия по ее устранению.
46. Клиника хронического холецистита.
47. Симптомы хронического холецистита (Мерфи, Ортнера, Федорова, Мюссе-Георгиевского, Курвуазье, болевая точка Кера и др).
48. Подготовка больных к операции, особенно с механической желтухой.
49. Клиника острого холецистита.
50. Анатомия и физиология поджелудочной железы.
51. Понятие о патогенезе острого панкреатита.
52. Патологоанатомическая классификация острого панкреатита.
53. Клиника острого панкреатита.
54. Симптомы Мондора, Грюнвельда, Грей-Тернера, Мейо-Робсона, Воскресенского.
55. Дифференциальная диагностика острого панкреатита с острой кишечной непроходимостью.
56. Дифференциальная диагностика с прободной язвой, острым аппендицитом, острым холециститом, тромбозом мезентериальных сосудов, инфарктом миокарда.
57. Принципы консервативной терапии.
58. Показания к применению ингибиторов протеаз.
59. Показания к хирургическому лечению.
60. Показания к перитонеальному диализу.
61. Послеоперационное ведение больных и рекомендации после выписки из стационара.
62. Оценка лабораторных данных в диагностике острого панкреатита.
63. Классификация грыж.
64. Причины возникновения грыж.
65. Анатомия грыжи.
66. Клиника и дифференциальная диагностика неущемленных грыж.
67. Хирургическое лечение неущемленных грыж. Пластические операции.
68. Ущемленные грыжи. Клиника. Диагностика. Механизм ущемления.
69. Патологоанатомические изменения при ущемлении грыжи.
70. Принципы лечения ущемленных грыж.
71. Принципы ведения послеоперационного периода при ущемленных грыжах.
72. Паховые грыжи.
73. Бедренные грыжи.
74. Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота.
75. Курация больных.
76. Причины, вызывающие кишечную непроходимость.
77. Классификация кишечной непроходимости.

78. Механическая кишечная непроходимость. 79. Динамическая кишечная непроходимость.
80. Обтурационная кишечная непроходимость.
81. Виды динамической кишечной непроходимости.
82. Клиника острой кишечной непроходимости.
83. Заворот кишок.
84. Узлообразование.
85. Инвагинация кишечника.
86. Тромбоз брыжеечных сосудов.
87. Методы консервативной терапии острой кишечной непроходимости.
88. Показания к хирургическому лечению и принципы хирургического лечения.
89. Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости.
90. Понятие "Сифонная клизма" и показание к ней.
91. Принципы послеоперационного ведения больного.
92. Варианты расположения червеобразного отростка.
93. Патологоанатомические формы острого аппендицита.
94. Этиология и патогенез острого аппендицита.
95. Клинические формы острого аппендицита.
96. Симптоматика острого аппендицита.
97. Клиника острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка.
98. Дифференциальная диагностика с различными заболеваниями органов брюшной полости.
99. Изменения крови при остром аппендиците.
100. Техника аппендэктомии.
101. Показания к тампонированию брюшной полости при острых аппендицитах.
102. Ранние послеоперационные осложнения их профилактика и лечение.
103. Профилактика спаечной непроходимости.
104. Особенности строения и функции брюшины.
105. Понятие о перитонитах их классификация.
106. Клиника и стадии острого, разлитого, гнойного перитонита.
107. Понятие об ограниченных перитонитах.
108. Этиология перитонитов.
109. Основные факторы патогенеза разлитого перитонита.
110. Гидроионные нарушения и изменения кислотно-щелочного состояния у больных с острым гнойным перитонитом.
111. Диагностика острого гнойного разлитого перитонита, симптомы заболевания.
112. Основные принципы лечения острого гнойного перитонита.
113. Принципы хирургического лечения.
114. Показания к перитонеальному диализу.
115. Прогноз и причины смерти при гнойных перитонитах.
116. Основные формы ТВС-перитонита.
- Модуль 4. Заболевания артерий. Острые заболевания артерий. Острая травма артерий.
- Острые и хронические заболевания вен. Болезни щитовидной железы (гипертиреоз, опухоли)
- Заболевания молочной железы (мастит, мастопатия, рак).
117. Острая артериальная ишемия. Этиология.
118. Источники и пути миграции артериальных эмболов.
119. Классификация острой артериальной ишемии. Клиника. Диагностика.
120. Инструментальная диагностика заболеваний артерий.
121. Тактика лечения острой артериальной ишемии.
122. Принципы реконструктивных и восстановительных операций на артериях.
123. Травмы сосудов. Временное протезирование артерий.
124. Патофизиология венозного кровообращения. Центральное венозное давление, периферическое венозное давление.
125. Функциональное и ангиографическое исследование вен.
126. Острые тромбозы магистральных вен. Этиология. Клиника.
127. Методы хирургической профилактики ТЭЛА.
128. Принципы контроля и коррекции нарушений свертывающей системы крови.
129. Варикозная болезнь. Относительная недостаточность клапанов. Этиология. Патогенез. Клиника.
130. Принципы хирургического лечения варикозной болезни.
131. Принципы коррекции венозного кровообращения нижних конечностей при хронической венозной недостаточности.
132. Классификация заболеваний щитовидной железы.
133. Этиология. Тиреотоксический зоб. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Профилактика.
134. Осложнения хирургического лечения зоба.
135. Мастит.
136. Основные формы рака молочной железы.
137. Предраковые заболевания.
138. Ранняя диагностика рака молочной железы.

139. Принципы лучевой, гормональной терапии рака молочной железы.
 140. Хирургическое лечение рака молочной железы.
 141. Профилактика рака молочной железы.
- Модуль 5. Нагноительные заболевания легких и плевры. Эхинококкоз печени и легких.
142. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
 143. Абсцесс и гангрена легких. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
 144. Плеврит, эмпиема плевры. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
 145. Инструментальная диагностика нагноительных заболеваний легких: рентгенография, бронхоскопия, бронхография, торакоскопия.
 146. Дренирование плевральной полости.
 147. Клиника эхинококка.
 148. Клиника эхинококка купола печени.
 149. Осложнения эхинококка.
 150. Дополнительные методы исследования – серологические, рентгенологические, радиоизотопные, лабораторные (ИХЛ).
 151. Основные принципы хирургического лечения.
 152. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больного с эхинококком печени.
 153. Эхинококкоз легких. Клиника. Диагностика.
 154. Хирургическое лечение эхинококка легких.
- Модуль 6. Огнестрельные ранения. Инфекционные осложнения боевых повреждений
- Травматический шок. Травматический токсикоз (синдром длительного раздавливания)
- Огнестрельные и закрытые повреждения конечностей и суставов. Ранения и закрытые повреждения головы и шеи. Ранения и закрытые повреждения груди. Ранения и закрытые повреждения живота и таза. Термические поражения.
- Комбинированные радиационные и химические поражения.
155. Особенности огнестрельных ранений.
 156. Огнестрельные пулевые ранения, механизм и патофизиология ранения.
 157. Огнестрельные дробовые ранения, механизм и патофизиология ранения.
 158. Минно-взрывные ранения, механизм и патофизиология ранения.
 159. Особенности хирургической обработки огнестрельных ранений.
 160. Осложнения огнестрельных ранений в ближайшем и отдаленном периодах.
 161. Особенности инфекционных осложнений боевых ранений.
 162. Травматический шок.
 163. Определение.
 164. Патогенез травматического шока.
 165. Фазы шока.
 166. Клиника травматического шока.
 167. Диагностика фаз травматического шока.
 168. Первая помощь.
 169. Лечение на этапе эвакуации.
 170. Синдром длительного сдавления.
 171. Патогенез травматического токсикоза.
 172. Стадии токсикоза.
 173. Клиника травматического токсикоза.
 174. Диагностика синдрома длительного сдавления.
 175. Причина летальности.
 176. Первая помощь.
 177. Лечение на этапах эвакуации.
 178. Огнестрельные и закрытые повреждения конечностей и суставов.
 179. Клиника огнестрельного и закрытого повреждения конечностей и суставов.
 180. Оказание первой помощи.
 181. Лечение на этапе медицинской эвакуации.
 182. Закрытые и открытые повреждения черепа и шеи.
 183. Сотрясение головного мозга.
 184. Клиника сотрясения головного мозга.
 185. Диагностика сотрясения головного мозга.
 186. Ушиб головного мозга.
 187. Клиника ушиба головного мозга.
 188. Диагностика и лечение ушиба головного мозга.
 189. Сдавление головного мозга.
 190. Клиника и диагностика сдавления головного мозга.
 191. Симптоматика повреждений шеи.
 192. Клиника и диагностика в зависимости от повреждений различных органов шеи.
 193. Первая помощь.
 194. Особенности течения раневого процесса в головном мозгу.
 195. Ранения и закрытые повреждения груди.
 196. Травматический пневмоторакс, его виды.
 197. Закрытый и открытый пневмоторакс.
 198. Клапанный пневмоторакс.

199. Повреждения и ранения груди с гемотораксом.
200. Клиника, диагностика гемоторакса.
201. Патогенез.
202. Признаки продолжающегося кровотечения, симптомы, осложнения.
203. Первая помощь на очаге поражения.
204. Лечение на этапе медицинской эвакуации.
205. Патогенез, клиника, диагностика и лечение на этапе медицинской эвакуации.
206. Ранения и закрытые повреждения живота и таза.
207. Классификация повреждений живота.
208. Клинические признаки повреждения паренхиматозных органов.
209. Признаки повреждений полых органов.
210. Клиника, диагностика, осложнения, причины летальности.
211. Первая помощь и лечение на этапах медицинской эвакуации.
212. Ранения и закрытые повреждения почек.
213. Клиника и диагностика.
214. Лечение на этапах медицинской эвакуации.
215. Внутривнутрибрюшные и внебрюшные повреждения и ранения мочевого пузыря.
216. Клиника, диагностика, осложнения.
217. Лечение на этапах медицинской эвакуации.
218. Термические поражения.
219. Классификация ожогов.
220. Патогенез ожоговой болезни, стадии.
221. Первая помощь при ожогах.
222. Лечение на этапе медицинской эвакуации.
223. Ожоги напалмом и его особенности.
224. Клиника, диагностика и лечение на этапе медицинской эвакуации.
225. Понятие, виды комбинированных повреждений.
226. Виды комбинированных повреждений.
227. Комбинированные радиационные и химические поражения.
228. Особенности течения ран, загрязненных радиоактивными веществами.
229. Первая помощь.
230. Лечение на этапах медицинской эвакуации.
231. Особенности течения ран, загрязненных боевыми отравляющими веществами.
232. Первая помощь.
233. Лечение на этапах медицинской эвакуации.

Вопросы на уровень обученности «УМЕТЬ» и «ВЛАДЕТЬ»

1. Сбор жалоб и анамнеза больного.
2. Объективно обследовать хирургического больного.
3. Заполнить историю болезни стационарного больного.
4. Подготовить больного к проведению инструментальных методов обследования.
5. Выполнить пальцевое обследование прямой кишки.
6. Выполнить эластическую компрессию нижних конечностей.
7. Стерилизация шприцев, инструментов.
8. Подготовка рук хирурга к операции (губитаном, первомуrom, по Спасокукоцкому-Кочергину, по Альфельду).
9. Подготовка и обработка операционного поля.
10. Пользоваться индивидуальным перевязочным пакетом.
9. Подготовка и обработка операционного поля.
10. Пользоваться индивидуальным перевязочным пакетом.
11. Приготовление и стерилизация операционного и перевязочного материала.
12. Провести оценку стерильности материала в биксе.
13. Перевязать чистую рану.
14. Перевязать гнойную рану.
15. Провести диализ раны через проточно-промывную систему.
16. Оценить состояние раны и выбрать метод лечения раны.
17. Подобрать инструменты для первичной хирургической обработки.
18. Снять хирургические швы.
19. Наложение мягких повязок:
 - А. бинтовые (на голову, шею, туловище, верхние и нижние конечности);
 - Б. клеевые (липкопластырные, клеоловые);
 - В. косыночные (на голову, верхнюю конечность, молочную железу, культю конечности).
20. Наложить индивидуальный перевязочный пакет при сквозном пулевом ранении конечности.
21. Наложение твердых повязок:
 - А. наложение транспортных шин;
 - Б. приготовление гипсовых бинтов, лонгет;
 - В. наложение лонгетных гипсовых повязок;
 - Г. наложение циркулярных гипсовых повязок; Д. снятие гипсовых повязок;

- Е. проверка годности гипса.
22. Определение общих и местных признаков кровотечения.
23. Осуществить временную остановку кровотечения:
- наложением давящей повязки;
 - наложением жгута;
 - пальцевым прижатием кровоточащего сосуда;
 - наложением зажима на кровоточащий сосуд;
 - максимальным сгибанием конечности;
 - приподнятым положением конечности.
24. Выбирать метод остановки кровотечения.
25. Подобрать препараты для осуществления гемостаза.
26. Подобрать препараты для проведения инфузионной терапии.
27. Определить годность донорской крови к переливанию.
28. Определить годность плазмы и кровезаменителей к переливанию.
29. Определить группы крови методом стандартных сывороток и цоликлонами.
30. Провести пробу на индивидуальную совместимость крови донора и больного по группе.
31. Провести пробу на индивидуальную совместимость крови донора и больного по резус-фактору.
32. Провести трехкратную биологическую пробу при переливании донорской крови.
33. Выполнить венепункцию, взятие проб крови из вены и внутривенные инъекции.
34. Оценить тяжесть кровопотери.
35. Описать местный патологический статус (status localis).
36. Составить план обследования больных: при различных травматических повреждениях; с гнойно-септическими заболеваниями; при кровотечениях.
37. Подготовить систему для переливания донорской крови и кровезаменителей.
38. Написать протокол переливания крови.
39. Написать протокол переливания кровезаменителей.
40. Определение длин конечностей (абсолютной, относительной).
41. Проведение спиц (на костях) при скелетном вытяжении (на фантоме).
42. Приготовление шин Белер-Брауна и ЦИТО для вытяжения.
43. Чтение рентгенограмм.
44. Определение степени ожога.
45. Определение площади ожоговой поверхности.
46. Определение стадии (фазы) ожоговой болезни.
47. Определение гидроторакса.
48. Плевральная пункция.
49. Выполнить подкожные и внутримышечные инъекции.
50. Выполнить измерение центрального венозного давления.
51. Выполнить активно-пассивную профилактику столбняка.
52. Выполнить восстановление проходимости верхних дыхательных путей, искусственное дыхание, вентиляцию лёгких, аппаратом маска-мешок непрямой массаж сердца.
53. Определить наличие: свободного газа в брюшной полости на рентгенограмме: гидро- и пневмоторакса на рентгенограмме.
54. Провести пункцию поверхностно расположенных гематом и абсцессов мягких тканей.
55. Выполнить местную инфильтрационную анестезию поверхностных мягких тканей.
56. Выполнить проводниковую анестезию по Лукашевичу-Оберсту.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрены

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОПРОС - перечень вопросов в п.5.1.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ - перечень вопросов в ПРИЛОЖЕНИИ 1.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ - перечень тестовых задач в ПРИЛОЖЕНИИ 2.

ДОКЛАД с ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ - тематика докладов в ПРИЛОЖЕНИИ 3.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:

- Каждый студент получает для курации одного больного.
- На примере курируемого больного проделать следующее:
 - Ознакомиться с тематикой
 - Установить доверительный контакт.
 - Произвести сбор жалоб, анамнеза заболевания.
 - Анамнез жизни (anamnesis vitae).
 - Произвести осмотр и обследование пациента.
 - Описать хирургический статус.
 - Поставить предварительный диагноз.
 - Собрать лабораторно-инструментальные данные исследования.
 - Поставить клинический диагноз.
 - Определить тактику предполагаемого лечения.
 - Написать дневники этапного или выписного эпикриза в учебной истории болезни. 12) Кратко резюмировать этиологию,

патогенез, клинику и лечение.
ТЕСТЫ. Перечень тестов в ПРИЛОЖЕНИИ 4.
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ. Студент заполняет историю болезни согласно ПРИЛОЖЕНИЮ 5.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Теоретический опрос. Модульный опрос.
 Ситуационная задача.
 Доклад с презентацией.
 Курация больного.
 История болезни.
 Тесты.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛП.1	Петров С.В.	Общая хирургия: учебник	СПб.: Изд-во "Лань" 1999
ЛП.2	Гладенин В.Ф.	Общая хирургия: учебное пособие для студентов высш. мед. учеб. заведений	М.: Владос-Пресс 2005
ЛП.3	В.К. Гостищев	Общая хирургия: Учебник для вузов	Москва.: ГЭОТАР-Медиа 2005
ЛП.4	Кочнева Е.А., Гладенин В.Ф.	Факультетская хирургия: учебное пособие для студентов высших медицинских учебных заведений	М.: Владос-Пресс 2005
ЛП.5	В.С. Савельев, А.И. Кириенко	Хирургические болезни. Учебник: Хирургические болезни. Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2014
ЛП.6	Шулутко А.М., Семиков В.И., Андряшкин В.В.	Хирургические болезни: Учебно-методическое пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2011
ЛП.7	Гуманенко Е.К.	Военно-полевая хирургия: Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛП.1	Черенков В.Г.	Клиническая онкология: руководство для студентов и врачей.	Москва: ВУНМИЦ МЗ РФ 1999
ЛП.2	Лапкин К.В., Пауткин Ю.Ф.	Основы общей хирургии: руководство к практическим занятиям	М.: Изд-во РУНД 1992
ЛП.3	Столяров В.А., Бирюкова Г.И.	Хирургическая инфекция: Учебное пособие для студентов лечебного факультета III-IV курсов	СМИ им. Д.И. Ульянова, Самара 1992
ЛП.4	Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М., Кузин М.И.	Хирургические болезни: учебник для студентов мед. вузов	Москва: Медицина 2000
ЛП.5	Евсеев М.А.	Уход за больными в хирургической клинике: учебное пособие для вузов	М.: ГЭОТАР-Медиа 2008

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.1	Нурманбетов Д.Н., Осмонов Т.А., Фунлоэр И.С.	Десмургия: учение о повязках: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2012
ЛЗ.2	Садырбеков Ж.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Дж.Н., Мадаминов А.М.	Острый панкреатит: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
ЛЗ.3	Садырбеков Ж.С., Мадаминов А.М., Осмонов Т.А.	Заболевания прямой кишки: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
ЛЗ.4	Фунлоэр И.С., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М.	Клиническая хирургия: курс лекций (факультетская хирургия)	Бишкек: Изд-во КРСУ 2017
ЛЗ.5	Фунлоэр И.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Д.Н.	Эхинококкоз легких и печени. Альвеококкоз: Учебно-методическое пособие для студентов медицинского факультета старших курсов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.6	Фунлоэр И.С., Нурманбетов Д.Н., Осмонов Т.А.	Эмпиема плевры. Абсцесс и гангрена легких: Учебно-методическое пособие для студентов старших курсов медицинского факультета и врачей	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
ЛЗ.7	Осмонов Т.А., Мадаминов А.М., Фунлоэр И.С.	Контрольные вопросы по общей хирургии: Учеб. пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
ЛЗ.8	Садырбеков Ж.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Ж.Н.	Трансфузиология: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2014
ЛЗ.9	Садырбеков Ж.С., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М., Волоскова И.С.	Острый аппендицит: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2012
ЛЗ.10	Садырбеков Ж.С., Осмонов Т.А., Нурманбетов Д.Н.	Хирургические заболевания щитовидной железы: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2012
ЛЗ.11	Осмонов Т.А., Носинов Э.М., Алексеев Д.Н.	Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2011
ЛЗ.12	Осмонов Т.А., Носинов Э.М., Алексеев Д.Н.	Диагностика и лечение острых тромбозов магистральных вен: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2011
ЛЗ.13	Нурманбетов Д.Н., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М., Фунлоэр И.С.	Столбняк и сибирская язва: учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
ЛЗ.14	Нурманбетов Д.Н., Осмонов Т.А., Мадаминов А.М., Фунлоэр И.С.	Хирургический сепсис: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
ЛЗ.15	Мадаминов А.М., Осмонов Т.А.	Геморрой: Учебно-методическое пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2005
ЛЗ.16	Осмонов Т.А., Юнусов А.А.	Диагностика и хирургическое лечение узловых поражений щитовидной железы	
ЛЗ.17	Осмонов Т.А., Носинов Э.М., Жанбаев А.С.	Диагностика и определение показаний к хирургическому лечению при варикотромбофлебите	
ЛЗ.18	Осмонов Т.А., Алексеев Д.Н.	Диагностика острых венозных тромбозов системы нижней полой вены	

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронная библиотека КРСУ	www.lib.krsu.edu.kg
Э2	Электронно-библиотечная система "Знаниум"	www.znaniyum.com
Э3	Каталог медицинских ресурсов русскоязычной сети МЕДИЦИНА 2000	http://www.med2000.ru/catalog.htm
Э4	Русский Медицинский Сервер	http://www.rusmedserv.com/
Э5	Научная электронная библиотека	http://www.elibrary.ru/
Э6	Биомедицинский журнал	http://www.medLine.ru
Э7	Сайт с медицинскими лекциями	http://varles.narod.ru

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии: лекции, практические занятия, ориентированные на сообщение знаний и способов действий, преподаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для усвоения. Чтение лекций предусматривает использование мультимедийного оборудования. Проведение практических занятий с применением таблиц и наглядных пособий.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии: используются ролевые игры, разборы конкретных ситуаций, подготовка студентами докладов с презентациями на заданные темы.

6.3.1.3	Информационные образовательные технологии:самостоятельное использование студентами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	Электронная библиотека КРСУ (www.lib.krsu.edu.kg)
6.3.2.2	Электронно-библиотечная система "Знаниум" (www.znanium.com)
6.3.2.3	Каталог медицинских ресурсов русскоязычной сети МЕДИЦИНА 2000 (http://www.med2000.ru/catalog.htm)
6.3.2.4	Русский Медицинский Сервер (http://www.rusmedserv.com/)
6.3.2.5	Научная электронная библиотека (http://www.elibrary.ru/)
6.3.2.6	Биомедицинский журнал (http://www.medLine.ru)
6.3.2.7	Сайт с медицинскими лекциями (http://varles.narod.ru)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Теоретическая подготовка изучения программы по общей хирургии и хирургическим болезням проводится в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения КР, хирургический корпус (кл. им. И.К. Ахунбаева). Адрес: г. Бишкек, ул. Т. Молдо, 1а. (Учебные комнаты №1-№11); Бишкекском научном центре травматологии и ортопедии (БНИЦТО), корпус №2 (Адрес: г. Бишкек, ул. Кривоносова, 206) – 2 этаж, отделение хирургии политравмы (Учебные комнаты №11, №12); Чуйской областной больнице, хирургический корпус №1 (Адрес: г. Бишкек, ул. Саратовская, 10/2) – 2 этаж, отделение хирургии (Учебная комната №13).
7.2	Имеет: Лекционный зал – 2 этаж фойе кафедры на 144 посадочных мест. В комплекте: мультимедийное оборудование, экран.
7.4	Учебная комната №1-цокольный этаж (малый лекционный зал). 22 посадочных мест. В комплекте: набор для отработки хирургических навыков, таблицы, учебные и демонстрационные материалы.
7.5	Учебная комната №2-цокольный этаж. 12 посадочных мест. В комплекте: - улучшенный набор для хирургических навыков, - таблицы.
7.6	Лаборантская №3- цокольный этаж. В комплекте: - 1 компьютер, - 1 лазерный принтер, - 1 цифровой фотоаппарат, - 1 проектор, - Wi-Fi, - 1 нетбук, - наглядные учебные пособия, - таблицы, - учебно-методические разработки кафедры (печатные и электронные).
7.7	Учебная комната №4- 1 этаж кафедры. 14 посадочных мест. В комплекте: - таблицы, - учебные и демонстрационные материалы,
7.8	Учебная комната №5- 3 этаж кафедры. 18 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, формуляры, руководства, учебно-методические рекомендации, истории болезней; - наглядные учебные пособия.
7.9	Учебная комната №6- 3 этаж кафедры. 16 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, формуляры, руководства, учебно-методические рекомендации, истории болезней; - наглядные учебные пособия, - таблицы, - муляжи.
7.10	Учебная комната №7- 1 этаж кафедры. 16 посадочных мест. В комплекте: - наглядные учебные пособия, тематические таблицы, - муляжи, - компьютер, - негатоскоп,
7.11	Учебная комната №8- 1 этаж кафедры. 16 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, формуляры, руководства, учебно-методические рекомендации, истории болезней; - наглядные учебные пособия, - таблицы.
7.12	Учебная комната №9- цокольный этаж отделения проктологии. 14 посадочных мест. В комплекте: - наглядные учебные пособия, - таблицы, - муляжи, - негатоскоп.
7.13	Учебная комната №10- 1 этаж отделение проктологии. 18 посадочных мест. В комплекте: - наглядные учебные пособия, - таблицы.
7.14	Учебная комната №11- 2 этаж, отделение хирургии-политравмы. 12 посадочных мест. В комплекте: - учебники, учебные пособия, справочники, истории болезней; - наглядные учебные пособия, - таблицы, - муляжи (анатомия органов и строение тела человека) в т. ч. плакаты, - компьютер.
7.15	Учебные комнаты №12. 14 посадочных мест. В комплекте: - негатоскоп, - шины для транспортной иммобилизации, - шины (проволочная и лестничная шина Крамера, деревянная шина Детерикса и т.д.).
7.16	Учебные комнаты №13. 16 посадочных мест. В комплекте: - негатоскоп, - шины для транспортной иммобилизации, - шины (проволочная и лестничная шина Крамера, деревянная шина Детерикса и т.д.), - таблицы, - учебные пособия.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ №1. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ: Обучение складывается из аудиторных занятий (126 ч.), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (72 ч.). Основное учебное время выделяется на практическую работу по определенным хирургическим заболеваниям. Необходимо широко использовать курацию больных, клинические разборы и освоение	

практических навыков работы с больным. Практические занятия проводятся в виде работы у постели больного, демонстрации тематического видеоматериала и других наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических примеров.

Работа студента в группе формирует чувства коллективизма, личной ответственности и коммуникабельность. Необходимо уделять внимание формированию навыков общения с больным. Работа с пациентами способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности.

При разборе нозологических форм по определенным заболеваниям рекомендовано придерживаться следующей последовательности: - определение;

- актуальность изучаемой нозологической формы и история изучаемого вопроса; - этиология;
- патогенез, в том числе генетически факторов в развитии заболевания, наличие сопутствующей патологии, патоморфология;
- клиническая картина;
- критерии оценки степени тяжести течения в разные периоды болезни;
- осложнения;
- возможные исходы, критерии выздоровления, развития хронического течения, причины летальных исходов; - лабораторная и инструментальная диагностика;
- критерии постановки диагноза в разные периоды заболевания;
- дифференциальный диагноз;
- лечение: этиологическое, патогенетическое, симптоматическое с учетом возраста и тяжести течения заболевания, оказание экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях, лечение тяжелых форм заболеваний, лечение и профилактика возможных осложнений, лечение в условиях стационара и в амбулаторных условиях; - диспансеризация, реабилитация; - профилактика.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО необходимо широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (деловые ролевые игры, разбор конкретных клинических ситуаций, выполнение заданий поисково-исследовательского характера при помощи интернет – ресурсов и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10% аудиторных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе у вчитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы.
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ:

При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1. Организационный этап занятия (время - до 2%);
 - 1) переключка;
 - 2) задание на дом следующей темы;
 - 3) мотивация темы данного практического занятия;
 - 4) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
2. Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%);
 - 1) теоретический опрос по текущей теме;
 - 2) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
 - 3) этап демонстрации преподавателем практических навыков (время - до 15%)
 - 4) этап демонстрации самостоятельной работы студентов (защита доклада с презентацией) (время - до 45%)

заключительный этап занятия (время - до 18%):

- а) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений с помощью решения ситуационных задач;
- б) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Подразумевает подготовку к практическим занятиям и включает изучение специальной литературы по теме (рекомендованные учебники, методические пособия, ознакомление с материалами, опубликованными в монографиях, специализированных журналах, на рекомендованных медицинских сайтах); выполнение заданий поисков исследовательского характера с помощью интернет-ресурсов; подготовка конспектов, выступлений на семинаре, рефератов, мультимедийных презентаций; проведение деловых игр. Самостоятельная работа рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах отводимых на СРС часов. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к учебно-методическому кабинету кафедры и библиотечным фондам ВУЗа.

По каждому разделу на кафедре разработаны методические рекомендации для студентов, а также методические указания для преподавателей.

Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

1. Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины: Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут. Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю. Подготовка к практическому занятию – 2 час.

Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента:

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий: после прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса. Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой:

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл? что даст это на практике?

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю:

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл? что даст это на практике? При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий:

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.). Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке.

Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и

др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

МОДУЛЬНЫЙ ОПРОС:

Подразумевает контроль усвоенного учебного материала раздела дисциплины. Проходит в виде письменного опроса, в который включено 3 вопроса. Обучающийся должен ознакомиться с перечнем вопросов. Повторить пройденный материал. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины по соответствующему разделу.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА.

УСЛОВИЕ:

У больного на 4-е сутки после аппендэктомии на фоне полного стихания вновь появились дергающие боли в области послеоперационной раны, повысилась температура, отмечается лейкоцитоз.

О чем следует думать? Какова тактика дальнейшего лечения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА: Нагноение послеоперационной раны. Вскрытие послеоперационной раны. Лечение по принципу ВХО.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО.

1. Теоретическая подготовка к курации больного (ознакомление с тематикой страдающего больного).

2. Распределение пациентов среди студентов.
3. Установление доверительного контакта с пациентом.
5. Сбор жалоб и анамнеза заболевания.
6. Сбор анамнеза жизни больного.
6. Осмотр и обследование больного по системам внутренних органов.
7. Осмотр и описание клинического статуса.
8. Постановка предварительного диагноза.
9. Сбор лабораторных данных исследования больного.
10. Постановка клинического диагноза.
11. Определение тактики предполагаемого лечения.
12. Написание дневников, этапного или выписного эпикриза в учебной истории больного.
13. Краткое резюме по этиологии, патогенезу, клинике и лечению по современным данным литературных источников.
14. Обсуждение учебной истории болезни в группе среди студентов и с преподавателем кафедры.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Студент заполняет историю болезни согласно указанной схеме: 1. Общие сведения о больном;

2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Хирургический статус.
7. Предварительный диагноз с обоснованием.
8. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
9. Клинический диагноз.
10. Обоснование клинического диагноза.
11. Лечение.
12. Дневник.
13. Эпикриз.
14. Используемая литература.

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Правила подготовки и написания:

Устное выступление-доклад должен представлять собой не пересказ чужих мыслей, а попытку самостоятельной проблематизации и концептуализации определенной, достаточно узкой и конкретной темы. Все имеющиеся в работе сноски тщательно выверяются и снабжаются «адресами». Недопустимо включать в свою работу выдержки из работ других авторов без указания на это, пересказывать чужую работу близко к тексту без отсылки к ней, использовать чужие идеи без указания первоисточника. Это касается и источников, найденных в Интернете. Необходимо указывать полный адрес сайта. Все случаи плагиата должны быть исключены. В конце работы дается исчерпывающий список всех использованных источников.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

- выбор темы;
- консультация преподавателя;
- подготовка плана доклада;
- работа с источниками и литературой, сбор материала;
- написание текста доклада;
- оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению;

- выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

Мультимедийные презентации — это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации? - что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя

рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация, а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение. Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов. Заключение — это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К НАПИСАНИЮ ТЕСТОВ:

1. В одном тестовом задании 100 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 1 балл.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ: Исходный уровень знаний студентов определяется

обязательным устным собеседованием и решением ситуационных задач:

При явке на экзамен студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена.

На устном опросе студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета.

Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению) - 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАРТЫ ДИСЦИПЛИНЫ

«ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ»

Курс 3, семестр 5, ЗЕ – 3, Отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	Неделя
Модуль 1					
Введение в предмет. Асептика. Антисептика. Обезболивание. Кровотечение. Термические повреждения. Переломы и вывихи. Рана и раневая инфекция.	Текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС. Докладам с презентацией. Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	13	25	8 неделя
	Рубежный контроль	Модульный опрос №1	7	10	
Модуль 2					
Местная гнойная инфекция. Анаэробная инфекция. Гнилостная инфекция. Острая и хроническая специфическая хирургическая инфекция. Опухоли. Хирургическая операция.	Текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС. Докладам с презентацией. Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	13	25	18 неделя
	Рубежный контроль	Модульный опрос №2	7	10	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет)	Устный опрос; Защита истории болезни.		20	30	

Семестровый рейтинг по дисциплине	60	100	
-----------------------------------	----	-----	--

Курс 3, семестр 6, ЗЕ – 3, Отчетность – экзамен

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный максимум	Зачетный минимум	Неделя
Модуль 3					
Заболевание желудочно-кишечного тракта	Текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС. Докладам с презентацией. Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла</i>	7	12	23 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №3	3	6	
Модуль 4					
Заболевание и травмы артерии и вен. Заболевание щитовидной и молочных желез.	Текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС. Докладам с презентацией. Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла</i>	7	12	27 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №4	3	5	

Модуль 5

Нагноительные заболевания легких и плевры. Эхинококкоз печени и легких.	Текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС. Докладам с презентацией. Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла</i>	7	11	31 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №5	3	6	

Модуль 6

Огнестрельные и закрытые повреждения конечностей, суставов, головы и шеи, грудной клетки, живота и таза. Термические поражения. Комбинированные радиационные и химические поражения.	Текущий контроль	Фронтальный опрос; Тесты; Проверка СРС. Докладам с презентацией. Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	7	12	40 неделя
	Рубежный контроль	Модульный опрос №6	3	6	
ВСЕГО за семестр			40	70	42 неделя
Промежуточный контроль (зачет)	Устный опрос; Защита истории болезни.		20	30	

Семестровый рейтинг по дисциплине	60	100	
-----------------------------------	----	-----	--

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОПРОСА:

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ (5 семестр)

Введение в предмет.

1. Определение хирургии.
2. Основные исторические моменты мировой и отечественной хирургии.
3. Вклад российских, советских, кыргызских хирургов.
4. Этапы развития хирургии, с какими открытиями они связаны.
5. Особенности деонтологии в хирургии.
6. Организация и структура хирургической службы.

Общие вопросы хирургии.

1. Дайте определение асептики и расскажите об ее значении в хирургии.
2. Виды асептики.
3. Основные пути распространения инфекции в хирургии.
4. Профилактика воздушной и капельной инфекции.
5. Организация хирургического отделения, его планировка, основные помещения и их устройство.
6. Санитарно-гигиенический режим в хирургическом отделении.
7. перевязочная и ее оборудование.
8. Операционный блок, его устройство и оборудование: операционная, предоперационная, стерилизационная, материальная, аппаратная, помещение для анестезиологической службы, эндоскопическая и др.
9. Санитарно-гигиенический режим в перевязочной и операционной.
10. Виды уборки операционной и перевязочной.
11. Поведение персонала и посетителей (студентов, врачей) в операционной.
12. Нормативно-правовые документы по асептике.
13. Какие существуют правила обработки рук?
14. Расскажите об обеззараживании рук по Спассокукотскому-Кочергину.
15. Обработка рук муравьиной кислотой (С-4).
16. Обработка рук диоцидом.

17. Обработка рук хлоргексидином биглюконатом.
18. Обработка рук новосептолом.
19. Обработка рук дегмином, дегмицидом.
20. Ускоренный способ обработки рук.
21. Ультразвуковая обработка рук.
22. Способы обработки операционного поля.
23. Расскажите о применении и устройстве бикса.
24. Какие существуют способы укладки материала в бикс?
25. Расскажите о способах контроля стерильности и о значении его асептики.
26. Расскажите об устройстве автоклава.
27. Перечислите последовательность действий при стерилизации в автоклаве.
28. Как простерилизовать шприцы?
29. Как простерилизовать перчатки?
30. В чем заключается предстерилизационная обработка инструментов.
31. Как стерилизуется режущий и колющий инструмент?
32. Как стерилизовать кетгут?
33. Как стерилизовать шовный материал из синтетического материала?
34. Как стерилизовать шелк?
35. Как стерилизовать имплантанты, протезы?
36. Внутрибольничная инфекция.
37. Что означает современная антисептика?
38. Что такое антисептические средства?
39. В чем заключается механизм антисептиков?
40. Назовите основные группы антисептических веществ.
41. Назовите антисептики, применяемые для обработки рук.
42. Перечислите антисептики группы галоидов.
43. Перечислите антисептики группы окислителей.
44. Перечислите группы солей тяжелых металлов.
45. Перечислите альдегиды.
46. Перечислите фенолы.
47. Перечислите красители.
48. Перечислите антисептики группы кислот и щелочей.
49. Перечислите антисептики группы детергентов.
50. Механизм действия ферментов (энзимотерапия).
51. Перечислите известные вам группы антибиотиков.
52. Охарактеризуйте сульфаниламидные препараты.
53. Назовите производные антибиотики группы пенициллина, способы их применения.
54. Назовите производные нитрофурана.
55. Назовите основные антибиотики группы стрептомицина, способ их применения.
56. Назовите основные группы тетрациклина, способ их применения.
57. Назовите группы левомицитина, способ их применения.
58. Назовите основные группы макролитов, способ их применения.
59. Назовите основные антибиотики группы аминогликозидов, способ их применения.

60. Какие вы знаете противогрибковые антибиотики?
61. Какие вы знаете основные методы применения антибиотиков?
62. Какие осложнения и когда могут вызвать антибиотики?
63. История развития анестезиологии и реаниматологии.
64. Значение обезболивания в хирургии.
65. Фармакологические средства, применение в анестезиологии.
66. Методы преднарковой медикаментозной подготовки больных к операции.
67. Опасности и возможные осложнения. Предупреждение и борьба с ними.
68. Значение и методы психоэмоциональной подготовки больных к операции.
69. Наркотические вещества – препараты барбитуровой кислоты, гексенал, тиопентал – натрия и др.
70. Препараты небарбитурового ряда: виадрил, оксибутират натрия, сомбревин.
71. Ингаляционный наркоз. Газообразные наркотические средства.
72. Мышечные релаксанты.
73. Неингаляционный наркоз.
74. Выбор метода обезболивания.
75. Особенности общего обезболивания у детей.
76. Препараты для местного обезболивания. Новокаин, тримекаин, диквин.
77. Методы местного обезболивания.
78. Техника местного обезболивания.
79. Показания.
80. Противопоказания.
81. Опасности.
82. Осложнения.
83. Особенности местного обезболивания у детей.
84. Что называется кровотечением?
85. Виды кровотечения.
86. Назовите возможные причины кровотечения.
87. Расскажите классификацию кровотечений.
88. Какова клиническая картина кровотечений?
89. Назовите возможные осложнения кровотечений?
90. Расскажите о временных способах остановки кровотечения.
91. Наложение резинового жгута Эсмарха на плечо и объясните правила его наложения.
92. Перечислите возможные ошибки и опасности при наложении жгута.
93. Наложение на плечо матерчатой закрутки.
94. В чем заключается оказание первой помощи при внутреннем кровотечении?
95. Каковы методы и способы окончательной остановки кровотечения?
96. Как можно провести окончательную остановку внутреннего кровотечения?
97. Каковы особенности ухода за больными после окончательной остановки кровотечения?
98. Принцип трансфузионной терапии при кровопотере.
99. Каковы особенности трансфузионной терапии при кровотечении в ЖКТ?
100. Особенности кровотечений у детей.

101. Напишите соотношение агглютиногенов и агглютининов в группах крови.
102. Что такое изомоглютинация и когда она происходит?
103. Напишите группу крови по международной номенклатуре.
104. Расскажите о правильном хранении стандартных сывороток и требования, предъявляемые к ним.
105. Как определяются группы крови стандартными сыворотками?
106. Расскажите о возможных ошибках при определении групп крови.
107. Что следует делать, если при определении групповой принадлежности результаты сомнительны?
108. Что такое резус-фактор и какое он имеет значение при переливании крови?
109. Расскажите о методике резус-фактора.
110. Расскажите о групповой совместимости крови по системе АВО.
111. Когда кровь совместима по резус-фактору?
112. Когда наблюдается несовместимость переливаемой крови по эритроцитам?
113. Понятие о несовместимости крови по лейкоцитам.
114. Понятие о несовместимости крови по тромбоцитам.
115. Понятие о белковой несовместимости.
116. Какая опасность переливания долгохранящейся крови?
117. Что такое микробная несовместимость крови и когда она наблюдается?
118. В чем заключается опасность переливание массивных доз I группы крови?
119. Понятие – «Опасный реципиент».
120. Понятие - «Опасный донор».
121. Расскажите, как определяется групповая совместимость крови?
122. Расскажите и определите индивидуальную совместимость.
123. Определите резус-совместимость.
124. Проведите биологическую пробу.
125. Расскажите о своевременных показаниях к переливанию цельной крови.
126. Расскажите о своевременных показаниях к переливанию крови.
127. Как производится реинфузия крови и в каких случаях?
128. Как вы понимаете аллотрансфузию крови?
129. Особенности переливания крови с целью стимуляции организма человека.
130. Перечислите методы непрямого переливания крови.
131. Перечислите способы переливания крови.
132. Когда возникает гемотрансфузионный шок, его клиника.
133. Какие осложнения могут возникнуть при переливании крови, связанные с нарушением техники переливания.
134. Какие инфекционные болезни могут передаваться от донора реципиента.
135. Какие осложнения могут быть связаны с неправильным определением годности крови к переливанию?
136. Что такое цитратный шок и его профилактика?
137. Какие причины вызывают пирогенные реакции?
138. Особенности переливания крови у детей.

139. В чем заключается особенность переливания крови при кровотечениях в желудочно-кишечный тракт?
140. Причины трансфузионной терапии при дефиците клеточных элементов крови.
141. Принцип трансфузионной терапии при дефиците белковой крови.
142. Перечислите компоненты крови.
143. Перечислите кровезаменители.
144. Особенности трансфизиологии у детей.
145. Что называется ожогом?
146. Что называется отморожением?
147. Что называется электротравмой?
148. Классификация ожогов по Крейбику.
149. Какие существуют методы определения ожоговой поверхности – площади?
150. Особенности течения ожогового шока.
151. Как оказать первую помощь при термических ожогах?
152. Как оказать помощь при химическом ожоге?
153. Методы лечения ожогов.
154. В чем заключается профилактика отморожений?
155. Оказание первой помощи при отморожениях.
156. Лечение отморожений в дореактивном периоде.
157. Лечение отморожений в реактивном периоде.
158. Лечение электротравмы.
159. Особенности ожогов, отморожений, электротравмы у детей.
160. Что называется травмой?
161. Что называется травматизмом?
162. Расскажите классификацию травм.
163. Перечислите непосредственные опасности травмы.
164. Перечислите ближайшие опасности травмы.
165. Какие могут быть поздние опасности и осложнения травм.
166. Расскажите классификацию травматизма.
167. В чем заключается профилактика травматизма?
168. Какие особенности исследования больных с острой травмой?
169. Расскажите клиническую картину ушиба мягких тканей, первую помощь и лечение.
170. Расскажите клиническую картину и лечение разрыва связок сустава, лечение.
171. Клиническая картина разрыва фасций.
172. Клиническая картина разрыва мышц, лечение.
173. Клиническая картина разрыва сухожилий, лечение.
174. Клиническая картина разрыва нерва, лечение.
175. Ушиб мозга, причины, клиника, лечение.
176. Сдавление мозга, причины, клиника, лечение.
177. Сотрясение грудной клетки, клиника, лечение.
178. Клиника и лечение разрыва полого органа живота.
179. Клиника и лечение повреждений паренхиматозного органа.
180. Повреждение мочевого пузыря, клиника, лечение.

181. Что называется раной.
182. Классификация ран по характеру повреждений ткани.
183. Раны по причине повреждения.
184. Что такое бактериальное загрязнение раны?
185. Чем отличается бактериальное загрязнение от инфекции ран?
186. Перечислите опасности ран.
187. Местные симптомы ран.
188. Общие симптомы ран.
189. От чего зависит интенсивность боли в ране.
190. Чем объяснить зияние раны?
191. Колотая рана.
192. Резаная рана.
193. Огнестрельная рана.
194. Фаза гидратации раневого процесса.
195. Фаза дегидратации раневого процесса.
196. Виды швов, показания к их применению.
197. Расскажите о гнотобиологическом методе лечения ран.
198. Виды заживления ран.
199. Осложнения.
200. Первая медицинская помощь при ранах.
201. Расскажите классификацию хирургической инфекции.
202. Каковы основные принципы лечения гнойных заболеваний.
203. Фурункул. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
204. Фурункулез: отличие от карбункула, лечение.
205. Карбункул. Этиология, патогенез, клиника и лечение.
206. Флегмона, определение, этиология, клиника и лечение.
207. Панариций, классификация, клиника, лечение.
208. Рожистое воспаление, этиопатогенез, клиника и лечение.
209. Гидроаденит, определение, этиопатогенез, клиника, лечение.
210. Паронихия. Клиника, лечение.
211. Лимфаденит, лимфангит, клиника и лечение.
212. Мастит, определение, классификация, этиопатогенез, клиника, лечение.
213. Классификация остеомиелита.
214. Теория возникновения остеомиелита.
215. Острый гематогенный остеомиелит, клиника, лечение.
216. Хронический остеомиелит, клиника, лечение.
217. Абсцесс Броди, определение, клиника, лечение.
218. Остеомиелит Гарри, клиника, лечение.
219. Альбуминозный остеомиелит Олье, клиника, лечение.
220. Острогнойные воспаления суставов, клиника и лечение.
221. : Причины возникновения омертвений.
222. Перечислите виды омертвений.
223. Общие принципы лечения.

224. Патогенез омертвений при нарушении кровообращения.
225. Что такое тромбоз и эмболия?
226. Причины возникновения пролежней и меры профилактики?
227. Какая инфекция называется анаэробной?
228. Перечислите возбудителя анаэробной инфекции.
229. Какие факторы способствуют развитию анаэробной инфекции?
230. Почему при анаэробной инфекции быстро развивается отек тканей?
231. Каков инкубационный период газовой гангрены?
232. Расскажите клиническую картину газовой гангрены.
233. Расскажите профилактику газовой гангрены.
234. Для чего необходимо изолировать больного с анаэробной инфекцией?
235. Как проводится хирургическое лечение газовой гангрены?
236. Что такое баротерапия газовой гангрены?
237. Какая инфекция называется специфической.
238. Общие понятия о специфической хирургической инфекции.
239. Сибирская язва.
240. Определение.
241. Этиология, причины развития.
242. Клиника.
243. Диагностика.
244. Лечение, особенности лечения (специфическая терапия).
245. Осложнения.
246. Профилактика.
247. Расскажите классификацию столбняка.
248. Расскажите клиническую картину столбняка.
249. Как проводится неспецифическая профилактика столбняка?
250. В чем заключается специфическое лечение столбняка?
251. Как проводится борьба с судорогами при столбняке?
252. Какова особенность клинического течения столбняка, развивающегося после криминального аборта?
253. Общая гнойная инфекция (сепсис). Определение.
254. Классификация.
255. Этиология, пути проникновения инфекции в организм.
256. Патогенез.
257. Клиника, клиническое течение сепсиса (молниеносный, острый, подострый, хронический).
258. Диагностика.
259. Лечение (воздействие на организм, на микрофлору, на очаг инфекции).
260. Осложнения (кровотечения, септический шок, травматическое истощение).
261. Альвеококкоз. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
262. Хирургические осложнения паразитарных заболеваний (при аскаридозе, описторхозе, поражении ленточными червями).
263. Профилактика паразитарных заболеваний.

264. Эндемический зоб. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
265. Диабетическая ангиопатия. Хирургические осложнения. Патогенез, клиника, лечение.
266. Дать определение понятию – «Эндемические заболевания».
267. Общие сведения об опухолях.
268. Опухоли доброкачественные и злокачественные.
269. Теории развития опухолей, предрасполагающие факторы, предраковые заболевания.
270. Классификация.
271. Клиника.
272. Диагностика, рентгенологические, УЗИ, эндоскопические, гистологические методы диагностики.
273. Ранняя диагностика злокачественных опухолей.
274. Лечение опухолей: хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, комбинированное.
275. Осложнения.
276. Профилактика.
277. Опухоли соединительно-тканые: доброкачественные (фиброма, липома, хондрома, остеома) и злокачественные (саркомы).
278. Опухоли из мышечной, сосудистой и нервной ткани (миома, ангиома, невринома, ганглионеврома).
279. Опухоли эпителиального происхождения: доброкачественные (цистаденома, папиллома, аденома, дермоид) и злокачественные (рак).

Хирургические операции

1. Что называется предоперационным периодом?
2. Какое значение играет выявление сопутствующих заболеваний в предоперационном периоде?
3. Как проводится подготовка нервной системы к операции.
4. Как готовят сердечно-сосудистую систему к операции.
5. Расскажите о подготовке к операции желудочно-кишечного тракта.
6. Операция, этапы.
7. Операционные доступы.
8. Фазы послеоперационного периода.
9. Изменения крови в послеоперационном периоде.
10. Осложнения послеоперационного периода.
11. Осложнения со стороны органов дыхания.
12. Осложнения со стороны органов брюшной полости.
13. Осложнения со стороны органов мочевого выделения.
14. Патогенез тромбоэмболии в послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ (6 семестр)

Хирургические заболевания ЖКТ, щитовидной и молочной желез

1. Этиологические факторы, способствующие возникновению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
2. Патогенез.
3. Клиническая картина.
4. Дифференциальная диагностика язвенной болезни.
5. Методы диагностики язвенной болезни.
6. Данные исследования желудочного сока, рН-метрия. Рентгеноскопия.

Эзофагогастродуоденоскопия.

7. Данные исследования крови.
8. Резекция желудка по Бильрот-I, и Бильрот-II.
9. Ваготомия стволовая и селективная в сочетании с дренирующими операциями.
10. Эндоскопические операции.
11. Осложнения язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.
12. Предраковые заболевания желудка.
13. Пути метастазирования рака желудка.
14. Макроскопические формы рака желудка.
15. Гистологические формы рака желудка.
16. Дифференциальный диагноз рака желудка.
17. Принципы ранней диагностики рака желудка.
18. Какие диагностические методы являются основными для диагностики рака желудка.
19. Основные рентгенологические признаки рака желудка.
20. Современные методы лечения рака желудка.
21. Радикальные операции при раке желудка.
22. Паллиативные операции при раке желудка.
23. Послеожоговая рубцовая стриктура пищевода. Принципы лечения. Бужирование.

Хирургическое лечение.

24. Рак пищевода. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Восстановительные и реконструктивные операции на пищеводе.
26. Анатомия портальной системы.
27. Цирроз печени этиология, пути профилактики вирусных гепатитов.
28. Патафизиология портальной гипертензии.
29. Анатомия клетчатого пространства вокруг прямой кишки.
30. Острые парапроктиты. Причины их возникновения. Клиника.
31. Хронические парапроктиты, их классификация, клиника и лечение.
32. Геморрой. Клиника, диагностика и методы лечения.
33. Трещины заднего прохода. Клиника. Лечение.
34. Операции, применяемые при трещинах заднего прохода.
35. Выпадение прямой кишки, причины их возникновения.
36. Классификация выпадений прямой кишки.
37. Стадии выпадений прямой кишки.
38. Методы хирургического лечения и показания к хирургическому лечению выпадений прямой кишки.
39. Классификация и локализация рака прямой кишки.

40. Клиника и методы диагностики рака прямой кишки.
41. Показания к различного рода операциям в зависимости от локализации опухоли.
42. Методы радикальных и паллиативных операций при раке прямой кишки.
43. Каловый свищ, противоестественный задний проход.
44. Желчные камни и их значение в возникновение холециститов.
45. Приступ печеночной колики и мероприятия по ее устранению.
46. Клиника хронического холецистита.
47. Симптомы хронического холецистита (Мерфи, Ортнера, Федорова, Мюссе, Георгиевского, Курвуазье, болевая точка Кера и др).
48. Подготовка больных к операции, особенно с механической желтухой.
49. Клиника острого холецистита.
50. Анатомия и физиология поджелудочной железы.
51. Понятие о патогенезе острого панкреатита.
52. Патологоанатомическая классификация острого панкреатита.
53. Клиника острого панкреатита.
54. Симптомы Мондора, Грюнвальда, Грей-Тернера, Мейо-Робсона, Воскресенского.
55. Дифференциальная диагностика острого панкреатита с острой кишечной непроходимостью.
56. Дифференциальная диагностика с прободной язвой, острым аппендицитом, острым холециститом, тромбозом мезентериальных сосудов, инфарктом миокарда.
57. Принципы консервативной терапии.
58. Показания к применению ингибиторов протеаз.
59. Показания к хирургическому лечению.
60. Показания к перитонеальному диализу.
61. Послеоперационное ведение больных и рекомендации после выписки из стационара.
62. Оценка лабораторных данных в диагностике острого панкреатита.
63. Классификация грыж.
64. Причины возникновения грыж.
65. Анатомия грыжи.
66. Клиника и дифференциальная диагностика неущемленных грыж.
67. Хирургическое лечение неущемленных грыж. Пластические операции.
68. Ущемленные грыжи. Клиника. Диагностика. Механизм ущемления.
69. Патологоанатомические изменения при ущемлении грыжи.
70. Принципы лечения ущемленных грыж.
71. Принципы ведения послеоперационного периода при ущемленных грыжах.
72. Паховые грыжи.
73. Бедренные грыжи.
74. Пупочные грыжи и грыжи белой линии живота.
75. Курация больных.
76. Причины, вызывающие кишечную непроходимость.
77. Классификация кишечной непроходимости.
78. Механическая кишечная непроходимость.
79. Динамическая кишечная непроходимость.

80. Обтурационная кишечная непроходимость.
81. Виды динамической кишечной непроходимости.
82. Клиника острой кишечной непроходимости.
83. Заворот кишок.
84. Узлообразование.
85. Инвагинация кишечника.
86. Тромбоз брыжеечных сосудов.
87. Методы консервативной терапии острой кишечной непроходимости.
88. Показания к хирургическому лечению и принципы хирургического лечения.
89. Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости.
90. Понятие "Сифонная клизма" и показание к ней.
91. Принципы послеоперационного ведения больного.
92. Варианты расположения червеобразного отростка.
93. Патологоанатомические формы острого аппендицита.
94. Этиология и патогенез острого аппендицита.
95. Клинические формы острого аппендицита.
96. Симптоматика острого аппендицита.
97. Клиника острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка.
98. Дифференциальная диагностика с различными заболеваниями органов брюшной полости.
99. Изменения крови при остром аппендиците.
100. Техника аппендэктомии.
101. Показания к тампонированию брюшной полости при острых аппендицитах.
102. Ранние послеоперационные осложнения их профилактика и лечение.
103. Профилактика спаечной непроходимости.
104. Особенности строения и функции брюшины.
105. Понятие о перитонитах их классификация.
106. Клиника и стадии острого, разлитого, гнойного перитонита.
107. Понятие об ограниченных перитонитах.
108. Этиология перитонитов.
109. Основные факторы патогенеза разлитого перитонита.
110. Гидроионные нарушения и изменения кислотно-щелочного состояния у больных с острым гнойным перитонитом.
111. Диагностика острого гнойного разлитого перитонита, симптомы заболевания.
112. Основные принципы лечения острого гнойного перитонита.
113. Принципы хирургического лечения.
114. Показания к перитонеальному диализу.
115. Прогноз и причины смерти при гнойных перитонитах.
116. Основные формы ТВС-перитонита.
117. Клиника эхинококка.
118. Клиника эхинококка купола печени.
119. Осложнения эхинококка.

120. Основные принципы хирургического лечения.
121. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больного с эхинококком печени.
122. Классификация заболеваний щитовидной железы.
123. Этиология. Тиреотоксический зоб. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Профилактика.
124. Осложнения хирургического лечения зоба.
125. Мастит.
126. Основные формы рака молочной железы.
127. Предраковые заболевания.
128. Ранняя диагностика рака молочной железы.
129. Принципы лучевой, гормональной терапии рака молочной железы.
130. Хирургическое лечение рака молочной железы.
131. Профилактика рака молочной железы.

Хирургические заболевания сосудистой и дыхательной систем

1. Острая артериальная ишемия. Этиология.
2. Источники и пути миграции артериальных эмболов.
3. Классификация острой артериальной ишемии. Клиника. Диагностика.
4. Инструментальная диагностика заболеваний артерий.
5. Тактика лечения острой артериальной ишемии.
6. Принципы реконструктивных и восстановительных операций на артериях.
7. Травмы сосудов. Временное протезирование артерий.
8. Патофизиология венозного кровообращения. Центральное венозное давление, периферическое венозное давление.
9. Функциональное и ангиографическое исследование вен.
10. Острые тромбозы магистральных вен. Этиология. Клиника.
11. Методы хирургической профилактики ТЭЛА.
12. Принципы контроля и коррекции нарушений свертывающей системы крови.
13. Варикозная болезнь. Относительная недостаточность клапанов. Этиология. Патогенез. Клиника.
14. Принципы хирургического лечения варикозной болезни.
15. Принципы коррекции венозного кровообращения нижних конечностей при хронической венозной недостаточности.
16. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Клиника. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
17. Абсцесс и гангрена легких. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Плеврит, эмпиема плевры. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Инструментальная диагностика нагноительных заболеваний легких: рентгенография, бронхоскопия, бронхография, торакоскопия.
20. Дренажное лечение плевральной полости.
21. Дополнительные методы исследования – серологические, рентгенологические, радиоизотопные, лабораторные (ИХЛ).

22. Эхинококкоз легких. Клиника. Диагностика.
23. Хирургическое лечение эхинококка легких.

Неотложная хирургия при чрезвычайных ситуациях

1. Особенности огнестрельных ранений.
2. Огнестрельные пулевые ранения, механизм и патофизиология ранения.
3. Огнестрельные дробовые ранения, механизм и патофизиология ранения.
4. Минно-взрывные ранения, механизм и патофизиология ранения.
5. Особенности хирургической обработки огнестрельных ранений.
6. Осложнения огнестрельных ранений в ближайшем и отдаленном периодах.
7. Особенности инфекционных осложнений боевых ранений.
8. Травматический шок.
9. Определение.
10. Патогенез травматического шока.
11. Фазы шока.
12. Клиника травматического шока.
13. Диагностика фаз травматического шока.
14. Первая помощь.
15. Лечение на этапе эвакуации.
16. Синдром длительного сдавления.
17. Патогенез травматического токсикоза.
18. Стадии токсикоза.
19. Клиника травматического токсикоза.
20. Диагностика синдрома длительного сдавления.
21. Причина летальности.
22. Первая помощь.
23. Лечение на этапах эвакуации.
24. Огнестрельные и закрытые повреждения конечностей и суставов.
25. Клиника огнестрельного и закрытого повреждения конечностей и суставов.
26. Оказание первой помощи.
27. Лечение на этапе медицинской эвакуации.
28. Закрытые и открытые повреждения черепа и шеи.
29. Сотрясение головного мозга.
30. Клиника сотрясения головного мозга.
31. Диагностика сотрясения головного мозга.
32. Ушиб головного мозга.
33. Клиника ушиба головного мозга.
34. Диагностика и лечение ушиба головного мозга.
35. Сдавление головного мозга.
36. Клиника и диагностика сдавления головного мозга.
37. Симптоматика повреждений шеи.
38. Клиника и диагностика в зависимости от повреждений различных органов шеи.
39. Первая помощь.

40. Особенности течения раневого процесса в головном мозгу.
41. Ранения и закрытые повреждения груди.
42. Травматический пневмоторакс, его виды.
43. Закрытый и открытый пневмоторакс.
44. Клапанный пневмоторакс.
45. Повреждения и ранения груди с гемотораксом.
46. Клиника, диагностика гемоторакса.
47. Патогенез.
48. Признаки продолжающегося кровотечения, симптомы, осложнения.
49. Первая помощь на очаге поражения.
50. Лечение на этапе медицинской эвакуации.
51. Патогенез, клиника, диагностика и лечение на этапе медицинской эвакуации.
52. Ранения и закрытые повреждения живота и таза.
53. Классификация повреждений живота.
54. Клинические признаки повреждения паренхиматозных органов.
55. Признаки повреждений полых органов.
56. Клиника, диагностика, осложнения, причины летальности.
57. Первая помощь и лечение на этапах медицинской эвакуации.
58. Ранения и закрытые повреждения почек.
59. Клиника и диагностика.
60. Лечение на этапах медицинской эвакуации.
61. Внутрибрюшные и внебрюшные повреждения и ранения мочевого пузыря.
62. Клиника, диагностика, осложнения.
63. Лечение на этапах медицинской эвакуации.
64. Термические поражения.
65. Классификация ожогов.
66. Патогенез ожоговой болезни, стадии.
67. Первая помощь при ожогах.
68. Лечение на этапе медицинской эвакуации.
69. Ожоги напалмом и его особенности.
70. Клиника, диагностика и лечение на этапе медицинской эвакуации.
71. Понятие, виды комбинированных повреждений.
72. Виды комбинированных повреждений.
73. Комбинированные радиационные и химические поражения.
74. Особенности течения ран, загрязненных радиоактивными веществами.
75. Первая помощь.
76. Лечение на этапах медицинской эвакуации.
77. Особенности течения ран, загрязненных боевыми отравляющими веществами.
78. Первая помощь.
79. Лечение на этапах медицинской эвакуации.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ.

ДЕСМУРГИЯ. АНТИСЕПТИКА. АСЕПТИКА.

1

Женщина с 10-летним мальчиком обратилась к Вам в связи с тем, что ребенка беспокоят боли в правом локтевом суставе. Мальчику 6ч назад в амбулатории на инфицированную ссадину локтевого сустава после ее обработки была наложена повязка.

При осмотре определяются легкая синюшность правого предплечья и кисти, выбухание подкожных вен, даже при поднятии руки кверху. Что случилось? Как помочь ребенку?

2

На прием пришел мужчина 40лет, которого беспокоит зуд левого предплечья. Три дня назад получил термический ожог I-II степени. На предплечье была наложена асептическая повязка.

При осмотре установлено, что повязка на тыльной поверхности средней трети предплечья намокла желтовато-серым отделяемым, сухая. Как правильно снять повязку?

3

В приемный покой доставлен мужчина 34лет с резанной раной ладонной поверхности средней трети правого предплечья. Со слов пострадавшего рану 1,5ч назад на улице нанес ножом неизвестный.

Произведен туалет раны, наложены первичные швы. Медсестра перевязочный материал на ране закрепила повязкой, завязав концы бинта в узел над раной. После этого она ввела больному подкожно 0,5мл столбнячного анатоксина и 300 МЕ противостолбнячной сыворотки.

Какая ошибка допущена в технике наложения повязки?

4

У больной, 68лет, на внутренней поверхности нижней трети правой голени имеется трофическая язва размером 1,5х2см с некротическим дном, гиперемией кожи и болезненностью вокруг.

Язва обработана раствором антисептика, осушена, прикрыта салфеткой с мазью «Ируксол».

Какую закрепляющую бинтовую повязку Вы наложите?

5

Больной вследствие варикозного расширения подкожных вен в стадии субкомпенсации произведена венэктомия большой подкожной вены на правом бедре и голени. Раны ушиты, обработаны 1% раствором йодоната, закрыты салфетками.

Какую бинтовую повязку следует наложить на нижнюю конечность для закрепления перевязочного материала?

6

Больному, К., 20лет, в связи с травмой шейного отдела позвоночника и повреждением спинного мозга в целях декомпрессии его произведена неотложная ламинэктомия. Рана на задней поверхности шеи ушита, закрыта марлевыми салфетками.

Какую бинтовую повязку Вы наложите для закрепления перевязочного материала.

7

Вы-врач скорой помощи. Вас вызвали к больному с проникающим ранением грудной клетки справа. Состояние пострадавшего тяжелое. Он инстинктивно прикрывает рану рукой, наклонившись в правую сторону. При осмотре раны, отмечается засасывание воздуха через нее в момент вдоха, а при выдохе воздух с шумом выходит из нее. Ваши действия?

8

Больному С., 28 лет, произведено вскрытие гнойного локтевого бурсита. Сумка промыта раствором антисептика, дренирована турундой, смоченной гипертоническим раствором натрия хлорида, прикрыта марлевой салфеткой. Как Вы закрепите перевязочный материал?

9

Больной С., 36 лет, пострадал во время автодорожного происшествия. Имеются резанная обильно кровоточащая рана в правой височной области и обширная рублено-рваная рана по наружной поверхности правого плечевого сустава.

Признаков перелома плеча нет. Какие повязки следует наложить больному при оказании первой помощи?

10

Вы-случайный свидетель несчастного случая: ребенок ошпарил кипятком правую кисть, кричит от боли. На тыльной поверхности пальцев и кисти появились волдыри. В домашней аптечке имеются раствор фурацилина (1:5000) и в упаковке стерильный бинт.

В целях оказания первой помощи какую повязку следует наложить пострадавшему?

11

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

Какой объем медицинской помощи должен быть оказан больному?

12

Как участковый педиатр Вы, осмотрев на дому ребенка, порекомендовали наложить ему на правое ухо согревающий компресс. Мать ребенка, сославшись на неумение выполнить эту процедуру, попросила Вас помочь.

Как наложить согревающий компресс на ухо и при помощи какой повязки укрепить его?

13

К врачу сельской амбулатории обратился мальчик 11 лет, который около часа назад во время игры в хоккей получил удар клюшкой по области левого глаза. Сразу была оказана первая помощь в виде наложения на этот глаз снега. Визуально определяются умеренная гиперемия глазного яблока, эрозия роговицы. При пальпации глаз болезненен.

Установлен диагноз: тупая травма левого глаза.

Какой объем первой врачебной помощи должен быть оказан ребенку?

14

Мужчина, 47лет, упал с велосипеда. Жалуется на боли в области правого предплечья. Визуально отмечаются припухлость, деформация, болезненность и крепитация в проекции средней трети правой ключицы. Пульс на правой лучевой артерии удовлетворительный.

Какой Вы поставите диагноз и какую бинтовую иммобилизирующую повязку наложите?

15

После вправления травматического вывиха правого плеча у пострадавшего необходимо иммобилизовать правую верхнюю конечность в среднем на 1-1.5, недели.

Какую бинтовую иммобилизирующую повязку Вы наложите?

КРОВОТЕЧЕНИЯ.

16

У 70-летней больной, страдающей варикозным расширением подкожных вен обеих нижних конечностей, внезапно открылось кровотечение из разорвавшегося узла по внутренней поверхности нижней трети правой голени. Из раны довольно интенсивно вялой струей изливается темная кровь. Какой объем первой помощи должен быть оказан больной?

17

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

Как остановить кровотечение?

18

В хирургическое отделение доставлен больной с колото-резаной раной в подколенной ямке. При ревизии раны установлено-повреждение подколенной артерии, но Вы не владеете техникой сосудистого шва. Какие действия Вы предпримите?

19

В приемный покой доставлен мужчина 48лет с жалобами на слабость, головокружение, умеренные боли в левом подреберье. Из анамнеза известно, что 12ч назад он упал с лестницы и ударился левой реберной дугой. Накануне поступления был обморок. Больной лежит в вынужденном положении. Изменение положения тела усиливает боли в животе. Кожные покровы бледные. Пульс 120 ударов в минуту. Артериальное давление-90/50мм рт.ст. Дыхание поверхностное. Пальпаторно отмечаются умеренное напряжение мышц брюшной стенки, притупление перкуторного звука в левом подреберье и отлогих местах живота. Гемоглобин крови-98гг. Ваши предположительный диагноз и тактика?

20

В приемный покой доставлен молодой мужчина, с закрытой травмой грудной клетки справа. Кожные покровы бледные. Пульс-100ударов в минуту. Артериальное давление-110/65 мм рт.ст. Отмечаются болезненность крепитация костных отломков в проекции VIII, IX и X ребер справа по средней подмышечной линии. Перкуторно справа в нижних отделах определяется тупой звук, дыхание не прослушивается (в положении больного сидя). На рентгенограмме, кроме переломов указанных ребер,

дополнительно выявлена интенсивная тень с горизонтальным уровнем до границы VII ребра. Ваши диагноз и тактика?

21

Больной, 30 лет, страдающий в течении 7 лет язвенной болезнью желудка, на протяжении суток отмечал нарастающую слабость, головокружение. Сегодня утром, встав с постели, он на несколько секунд потерял сознание. После этого однократно была рвота в виде «кофейной гущи» и «дегтеобразный» стул. Кожные покровы бледные. Живот мягкий, безболезненный.

Вы-участковый врач. Какой Ваш предположительный диагноз. Какие срочные дополнительные исследования необходимо выполнить для подтверждения Вашего предположения. Куда и каким способом Вы отправите больного на лечение?

22

У больного, которому утром была произведена операция по поводу паховой грыжи, к вечеру повязка на ране начала обильно промокать кровью. Применяемые местно в течении часа пузыри со льдом и мешочки песком эффекта не дали. Какое осложнение в раннем послеоперационном периоде возникло у больного. Ваша дальнейшая тактика?

23

К Вам обратился юноша с жалобами на боли в правой голени и нарастающую припухлость ее после падения с мопеда. Травма произошла около получаса назад. При осмотре на передней поверхности средней трети голени имеется припухлость размерами 10х6х5 см. Кожа над ней синюшная. При пальпации отмечаются болезненность и флюктуация. Пульс на тыльной артерии правой стопы сохранен. Ваш диагноз? Какую помощь Вы окажите пострадавшему?

24

В приемный покой больницы доставлен больной с жалобами на боли в левом коленном суставе после получения травмы. Движения в суставе ограничены, болезненны. Сустав имеет шаровидную форму. Отмечается баллотирование надколенника. На рентгенограмме повреждение костей не установлено. Ваши диагноз, и лечебные мероприятия?

25

В клинику поступил больной с закрытой травмой живота. При поступлении выражены симптомы внутрибрюшного кровотечения. В результате экстренной операции (лапаротомия) установлены разрыв передней поверхности правой доли печени размером 6х3х4см, гемоперитонеум.

Как произвести окончательную остановку кровотечения из поврежденной печени? Что делать с кровью, излившейся в брюшную полость?

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ, КОМПОНЕНТОВ КРОВИ И КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ.

26

В хирургическое отделение поступил больной с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Дефицит ОЦК составляет 35. В целях восполнения кровопотери показано экстренное переливание крови.

Какой необходимый минимум лабораторных исследований (проб) следует произвести, без которых гемотрансфузия недопустима?

27

Под наблюдением врача в процедурном кабинете две медсестры определяют групповую принадлежность крови четырех больных. Для этого они под соответствующими обозначениями на лакированные белые фаянсовые пластины нанесли стандартные сыворотки двух серий. Исследуемую кровь тщательно перемешали с каплями стандартных сывороток. Пластины покачали, оставили в покое на 1-2 мин и потом снова покачали. Не ранее чем через 3 мин после смешивания капель крови и сыворотки в капли, где наступила агглютинация эритроцитов, внесли по капле изотонического раствора натрия хлорида. Спустя 5 мин от начала исследования врач оценил полученные результаты и зафиксировал их в историях болезней.

На что не обратил внимание врач, нарушив тем самым требования «Инструкции по определению групп крови АВО».

28

В целях быстрого восполнения кровопотери больному перелито 1000 мл одногруппной резус-совместимой донорской крови, консервированной натрием цитратом. К концу гемотрансфузии у больного появились беспокойство, бледность кожных покровов, тахикардия, судороги мышц.

Какое осложнение возникло у больного? В чем заключается его профилактика? Какие необходимы лечебные мероприятия?

29

Больному перед гемотрансфузией лечащий врач начал проводить биологическую пробу на совместимость. Кровь, взятая из холодильника, в течение 30-40 мин была выдержана при комнатной температуре. По предварительным исследованиям она совместима по АВО-системе и резус-фактору. Внутривенно струйно по 15 мл с интервалом 3 мин введено 45 мл донорской крови. При введении последней порции у больного появились тошнота, озноб, боли в пояснице, за грудиной, головокружение, пульс и дыхание участились, снизилось артериальное давление. Что случилось? Соблюдена ли техника постановки биологической пробы? Ваши действия?

30

Больной с массивным внутренним кровотечением по экстренным показаниям взят в операционную. Под интубационным наркозом начато оперативное вмешательство, направленное на окончательную остановку кровотечения. В целях восполнения кровопотери во время операции возникла необходимость в переливании крови.

Как провести биологическую пробу на совместимость больному, находящемуся под наркозом?

31

Больной К., 27 лет, доставлен с ножевым ранением живота спустя 4 ч с момента травмы. Пульс нитевидный, 120 ударов в минуту. Артериальное давление - 70/40 мм рт. ст. Произведена экстренная лапаротомия. В брюшной полости много жидкой крови и сгустков. По мере аспирации крови установлен источник кровотечения: сосуды брыжейки тонкой кишки. Произведен гемостаз. Повреждений полых органов не установлено. Как поступить с собранной кровью?

32

В отделение поступил больной с хроническим кровоточащим геморроем, выраженной анемией. Пульс-80 ударов в минуту. Артериальное давление 120/70мм рт.ст. Гемоглобин-60г/л. В целях восполнения дефицита красных клеток в послеоперационном периоде больному перелито 360мл одногруппной резус совместимой эритроцитарной массы.

Как оформляется документация на проведенную гемотрансфузию?

33

Больная И., 31 год, группа крови 0(I), находилась в районной больнице по поводу неполного позднего выкидыша (беременность 26-27 недель), постгеморрагической анемии и септицемии. Произведено выскабливание полости матки. Ошибочно начато переливание крови группы В (111). После введения 100мл крови появились боль в пояснице и озноб. Трансфузия прекращена. Через 15мин состояние больной резко ухудшилось: появились адинамия, резкая бледность кожных покровов, акроцианоз, обильный пот, потрясающий озноб. Пульс-96 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление-75/40 мм рт.ст.

Какое осложнение возникло у больной? Какие лечебные мероприятия следует проводить?

34

В хирургическое отделение поступила больная с профузным желудочно-кишечным кровотечением. В течение ряда лет она страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гипертонической болезнью III стадии. Рабочее давление 190/100 мм рт.ст. На момент поступления дефицит ОЦК составляет более 30%.

Можно ли больной переливать кровь?

35

Больной С., 43 лет, по поводу неполного выкидыша произведено выскабливание полости матки. Одновременно в целях купирования анемии внутривенно перелито 300мл крови группы В (111), тогда как у нее была определена кровь группы АВ(IV). Через сутки обнаружена олигурия, выделенная моча имела бурую окраску, содержала 1,5% белка и единичные форменные элементы. Мочевина крови-27 ммоль/л. Гемоглобин-56 г/л. Состояние больной тяжелое, она сонлива, адинамична, кожные покровы бледные. Жалуется на тошноту, рвоту. От больной исходит уринозный запах. Пульс-84 удара в минуту. Артериальное давление 140/85 мм рт.ст. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон. При контрольной перепроверке у больной оказалась группа крови 0(I). Какое осложнение развилось у больной? Ваши действия?

ТРАВМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ, ГОЛОВЫ, ГРУДИ, ЖИВОТА.

36

Мальчик, 13 лет, -заколачивая гвоздь, промахнулся и нанес себе удар молотком по указательному пальцу левой кисти. Моментаьно появились сильная боль в пальце, рефлекторное щадящее ограничение подвижности в нем и посинение кожи на его тыльной поверхности. Какую помощь Вы окажите ребенку?

37

Подросток, 14 лет, упал с гимнастического снаряда, ударился головой. Имела место кратковременная (несколько секунд) потеря сознания. Сразу, как пришел в себя, была однократная рвота. Воспроизвести в памяти обстоятельства случившегося не может. Появилась припухлость в области затылка, косные

покровы целы, бледные. Больной вялый. Пульс-84 удара в минуту. Артериальное давления-115/75 мм рт.ст. Черепно-мозговых знаков и менингеальных-симптомов нет.

Ваш предположительный диагноз? Какую помощь Вы окажите пострадавшему на месте происшествия?

38

В сельскую участковую больницу, находящуюся на 35км от райцентра, попутным транспортом с места автодорожного происшествия доставлен мужчина в возрасте 20лет. Без сознания. Ссадины на лице, асимметрия складок. Акизокопия. Локальная припухлость мягких тканей в правой теменно-височной области. Пульс52 удара в минуту. Артериальное давление-100/70 мм рт. ст. Признаков повреждения органов грудной клетки и живота не установлено. Вы-главный врач сельской участковой больницы.

Ваш предположительный диагноз? Каковы будут Ваши действия?

39

Вечером в приемный покой районной больницы доставлен пострадавший в автодорожной аварии. Состояние тяжелое. Без сознания. Пульс-120 ударов в минуту. Артериальное давление-110/70 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Зрачки широкие, на свет не реагируют. Из правого слухового прохода отмечается кровотечение. Вы-дежурный врач, терапевт по специальности.

Ваши действия? Что Вы предпримете в связи с кровотечением из слухового прохода.

40

Вы-врач скорой помощи. Вас срочно вызвали к 34-летнему больному, который жалуется на "пронизывающую" боль в правой половине грудной клетки. Боли появились внезапно около часа назад во время очередного приступа кашля. Больной лежит на правом боку. Кожные покровы бледные. Легкий акроцианоз. Дыхание поверхностное, 28 в мин. Температура тела 36,7 С. Артериальное давление-120/85 мм рт.ст. Справа над легкими дыхание не прослушивается, перкуторно определяется коробочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Ваш предположительный диагноз? Как Вы поступите с больным?

41

Патрульным нарядом милиции вызвана машина скорой помощи. Прибыв на место происшествия, Вы обнаружили лежащего на спине мужчину, у которого в грудной клетке в VI межреберье слева по передней подмышечной линии торчит нож. Сознание пострадавшего помрачено, контакт практически невозможен. Зрачки узкие, пульс-120 ударов в мин., определяется только на крупных артериях. Артериальное давление-70/40 мм рт. ст. Дыхание слева резко ослаблено.

Как поступите с торчащим в ране ножом? Какую помощь Вы окажите пострадавшему?

42

В сельскую участковую больницу обратился мужчина 23лет, которого около часа назад на свадьбе незнакомый ударил ножом в живот. Состояние средней тяжести. Пульс-92 удара в мин. Артериальное давление-120/80 мм рт.ст. На передней брюшной стенке левее и ниже пупка имеется колото-резаная рана до 3.5см в длину с выпавшим из нее сальником. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перкуторно печеночная тупость сохранена.

Как участковый врач, какую помощь Вы окажите пострадавшему. Что делать с выпадающим из раны сальником?

43

В приемный покой больницы доставлен мужчина 35 лет с жалобами к боли в животе. Около 8ч назад был избит неизвестными. Состояние средней тяжести. Пульс-104 удара в мин. Артериальное давление-120/80мм. рт.ст. Язык обложен, сухой. Передняя брюшная стенка в акте дыхания не участвует, напряжена. Живот болезненный, больше в нижних отделах. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Прослушиваются единичные слабые перистальтические шумы. Анализ крови: лейкоциты- 16.4×10^9 л, палочкоядерные нейтрофилы-8%. Анализ мочи без особенностей. На обзорной рентгенограмме живота в положении больного сидя свободный газ под куполами диафрагмы не определяется.

Можно ли исключить у пострадавшего разрыв полого органа? Какой должна быть лечебная тактика?

44

В приемный покой больницы машиной скорой помощи доставлен мужчина 43 лет с диагнозом острый травматический перитонит, разрыв кишечника. Примерно 12ч назад получил удар ногой в низ живота. Живот напряженный, симптом Блюмберга положительный. Помочиться самостоятельно, не может, хотя не мочился в течение 6ч до травмы и после нее. На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости нет.

Что следует предполагать у пострадавшего? Каким специальным методом исследования можно верифицировать диагноз?

45

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

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс-120 ударов, в минуту. Артериальное давление-70/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отмечается болезненность при надавливании на остистый отросток XII грудного позвонка и при пальпации в правой поясничной области, где определяется, припухлость. Анализ мочи: 4-5 эритроцитов в поле зрения.

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

ПЕРЕЛОМЫ, ВЫВИХИ.

46

Мужчина, 26 лет, на работе был прижат бортом машины к эстакаде. Жалуется на боли в области таза, невозможность помочиться. Состояние пострадавшего тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс-116 ударов в мин, слабого наполнения. Артериальное давление-90/55мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный над лоном.

Притупления перкуторного звука в отлогих местах не отмечается. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом "прилипшей пятки" справа положительный. При легком сдавливании таза с боков больной отмечает усиление боли. Вы-врач скорой помощи.

Ваш предположительный диагноз? Какой объем первой врачебной помощи Вы окажите пострадавшему?

47

Молодая женщина во время мытья окна выпала из него. Падение произошло с высоты второго этажа. Жалуется на боли в верхне поясничном отделе позвоночника, усиливающиеся при попытке сесть или

повернуться на бок. Активные движения в суставах нижних конечностей сохранены. Пальпаторно отмечается болезненность при надавливании на остистый отросток первого поясничного позвонка. Ваш предварительный диагноз? Какой объем первой помощи необходимо оказать больной?

48

К Вам обратился больной с жалобами на боли в правом плечевом суставе. Боли появились 3ч. назад, когда он, сняв пальто, хотел повесить его на вешалку. Год назад перенес травматический вывих правого плеча. При осмотре отмечают вынужденное положение конечности, ступенчатая деформация в области правого плечевого сустава. Головка плеча пальпируется в подмышечной впадине. При попытке произвести пассивные движения в суставе определяется пружинящее сопротивление, сопровождающееся усилением болей.

Ваш диагноз? Какую помощь Вы окажите больному?

49

Мальчик, 13 лет, играя в хоккей, упал на ладонь отведенной правой руки. Беспокоят боли в нижней трети предплечья. При осмотре отмечают припухлость в области лучезапястного сустава и дистальной трети предплечья, болезненность, деформация, ограничение пронации-супинации предплечья и движений в лучезапястном суставе. Боли усиливаются в проекции нижней трети лучевой кости при осевой нагрузке на предплечье.

Какой объем первой помощи должен быть оказан пострадавшему? Какие дополнительные диагностические и лечебные мероприятия необходимо выполнить в травматологическом пункте?

50

В приемный покой машиной скорой помощи доставлен больной, который накануне, выпрыгивая из кузова грузовой машины, упал на согнутую в локтевом суставе левую руку. Хирург приемного покоя снял с конечности ранее наложенную транспортную шину, осмотрел больного. Пострадавший поддерживает здоровой рукой поврежденную конечность. Пассивные движения в левом плечевом суставе резко ограничены, болезненны, отмечается пружинящее сопротивление. Имеется ступенчатое западение в проекции левого плечевого сустава. Головка плеча пальпируется в подмышечной впадине. Пульс на левой лучевой артерии несколько ослаблен. После внутримышечной инъекции 1мл 1% раствора морфина хирург ввел в левый плечевой сустав больному 40мл 1% раствора новокаина и начал вправлять предполагаемый вывих плеча. Какая ошибка допущена хирургом?

51

В приемный покой поступил больной с ясной клинической картинок седалищного вывиха правого бедра. Врач после местного обезболивания в сочетании с подкожным введением 2мл 1% раствора морфина, не производя рентгенографии области повреждения, вправил вывих по Кохеру. После этого он иммобилизовал правую нижнюю конечность с помощью задней гипсовой лонгеты, фиксирующей тазобедренный, коленный и голеностопный суставы. Пострадавший был госпитализирован.

Правильны ли действия врача?

52

В стационар поступил больной с уточненным диагнозом: закрытый винтообразный перелом обеих костей левой голени в средней трети. Какой вид лечения рациональнее применить?

53

Больной М., 50 лет, поскользнувшись, упал на ступеньках крыльца, ударился правым бедром. Жалуется на боли в бедре. Встать не может. Правая нижняя конечность короче левой на 5 см, стопа ротирована наружу. Пульс на правой тыльной артерии стопы удовлетворительного наполнения. Бедро увеличено в объеме, деформировано, пальпация его болезненна в средней трети. Здесь же определяется ложная подвижность.

Ваш клинический диагноз? Каковы должны быть действия врача скорой помощи?

54

Мальчик, 14 лет, играя в волейбол, упал на вытянутую левую руку. Беспокоят боли в области левой ключицы. Положение пострадавшего вынужденное: тело наклонено в сторону повреждения, здоровая рука поддерживает согнутое в локте предплечье поврежденной руки и прижимает ее к туловищу. Пульс на левой лучевой артерии удовлетворительного наполнения, чувствительность пальцев кисти сохранена. Отмечаются умеренная, припухлость и болезненность при пальпации в области левой ключицы. Активные и пассивные движения в левом плечевом суставе сильно ограничены из-за боли.

Ваш диагноз? В чем заключается первая помощь, которая должна быть оказана больному? Какие дополнительные обследования обязательно необходимо провести пострадавшему и какова дальнейшая лечебная тактика?

55

В приемный покой больницы обратился мужчина 67 лет с жалобами на боли в обоих височно-нижнечелюстных суставах, которые появились во время зевоты. При осмотре рот больного открыт, зубы соприкасаются лишь в области маляров, подбородок выпячивается вперед, щеки уплощены, жевательные мышцы напряжены.

Ваш диагноз? Какую помощь и как необходимо оказать больному?

РАНЫ.

56

В хирургический кабинет районной поликлиники доставлен больной, которого 3 ч назад покусала бродячая собака. При осмотре на правой голени выявлено шесть укушенно-рваных ран, заполненных сгустками крови, с легким отеком и болезненностью вокруг.

Какой объем помощи должен быть оказан больному?

57

У больного на 4-е сутки после аппендэктомии на фоне полного стихания вновь появились дергающие боли в области послеоперационной раны, повысилась температура, отмечается лейкоцитоз.

О чем следует думать? Какова тактика дальнейшего лечения?

58

Вас попросили оказать первую помощь молодому мужчине, который полчаса назад упал с мотоцикла. На наружной поверхности правой голени имеется обширная ушибленно-рваная рана, загрязненная песком и сухой травой.

В Вашем распоряжении автомобильная аптечка? Какой объем помощи Вы окажите пострадавшему?

59

В приемный покой доставлен пострадавший с резаной раной размером 2,5х0,4см в верхней трети правого предплечья, которую нанес перочинным ножом неизвестный 2ч тому назад. Какой объем хирургической помощи должен быть оказан больному?

60

В хирургическое отделение поступил пострадавший с рваной раной левого бедра. С момента ранения прошло 12ч. Отмечается легкий отек тканей в области раны, края последней неровные, синюшные. Какую лечебную тактику Вы выберете?

61

В травматологический пункт доставлен пострадавший с косопоперечной инфицированной резанной раной ладонной поверхности правой кисти. Активные сгибательные движения в межфаланговых суставах II-V пальцев отсутствуют. О повреждении каких анатомических образований следует думать? Ваша лечебная тактика?

62

В приемный покой пришел пострадавший со слепой колото-резаной раной левого плеча. Ранение получил 4 дня тому назад. В области раны определяются отечность, болезненность. Из раны выделяется скудное сукровичногнойное отделяемое. Хирург приемного покоя произвел тщательный туалет, туго тампонирует ее тампоном, смоченным гипертоническим раствором натрия хлорида, наложил повязку. Пациенту проведена экстренная специфическая профилактика столбняка. Какая ошибка допущена хирургом?

63

В травматологический пункт доставлен пострадавший с обширной скальпированной раной волосистой части головы. Травма произошла 1.5-2ч тому назад. От столбняка привит. Какой объем квалифицированной помощи должен быть оказан больному?

64

В участковую больницу доставлен пострадавший, которому накануне циркулярной пилой отрезало II и III пальцы правой кисти. Отрезанные пальцы сохранены и привезены с собой. Как Вы поступите?

65

В участковую больницу доставлен мальчик, которого полчаса назад укусила змея. Ребенок жалуется на боли в правой стопе, вял, сонлив. На тыле стопы имеются две точечные раны с кровоизлиянием вокруг и выраженным отеком. Ваши действия?

66

В поликлинику доставлен из школы мальчик с жалобами на рану в области шеи. Со слов пострадавшего, он упал на острие химического карандаша. Справа у переднего края средней трети грудиноключично-сосцевидной мышцы имеются точечная рана и припухлость вокруг. Рядом с раной подкожно определяется инородное тело размером 0,2х0,5см. Вы-хирург. Какую помощь следует оказать ребенку?

ТЕРМИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ.

67

В стационар доставлен пострадавший с ожогами пламенем. Обе верхние конечности гиперемированы, покрыты пузырями с янтарного цвета жидкостью. Передняя поверхность туловища имеет "мраморный вид", раневая поверхность безболезненна. На правом бедре по всей его поверхности (циркулярно) отмечается обугливание эпидермиса, просвечиваются тромбированные вены

Как Вы сформулируете диагноз? Определив степень и площадь поражения, как Вы запишете формулу ожога?

68

Вы-врач заводского медпункта и оказались невольным свидетелем несчастного случая: рабочий по неосторожности пролил на руку концентрированную серную кислоту.

Какую помощь Вы окажите пострадавшему?

69

В палату интенсивной терапии и реанимации доставлен пострадавший в состоянии ожогового шока. Площадь поражения-50% поверхности тела. Масса тела больного 80кг.

Вы-палатный врач. Какие объемы коллоидных и кристаллоидных растворов для внутривенной инфузионной противошоковой терапии Вы назначите больному в первые сутки? С какой скоростью будете вводить растворы?

70

Вы-врач скорой помощи, прибыли по вызову к 5-летнему ребенку, который около 0.5ч назад опрокинул на себя кастрюлю с кипятком. Ребенок бледный, кричит, у него озноб, акроцианоз, была однократная рвота. Передняя поверхность туловища и верхние конечности гиперемированы с обрывками отслоенного эпидермиса. На отдельных участках раневая поверхность белесоватая. Какой Вы поставите диагноз? Каковы будут Ваши действия?

71

В поликлинику обратился больной с жалобами на длительно не заживающую рану тыла стопы. При опросе установлено, что два месяца назад он опрокинул на ногу сковородку с кипящим жиром. Лечился народными средствами. Визуально на тыле правой стопы определяется гранулирующая рана с остатками плотного некротического струпа черного цвета и умеренным гнойным отделяемым. Какая степень ожога? Ваша лечебная тактика?

72

В травматологический пункт машиной скорой помощи доставлен 20-летний мужчина. Со слов пострадавшего, во время работы он попал под воздействие электрического тока напряжением 380В (взялся руками за провод). Терял сознание. На ладонных поверхностях кистей определяется обугленная кожа.

Общее состояние поступившего удовлетворительное. Какие возможны последствия перенесенной травмы? Ваши действия?

73

Машиной скорой помощи в травматологический пункт с места происшествия доставлен пострадавший с диагнозом: электроожог I-II степени лица и кистей. При сборе анамнеза установлено, что во время

ремонта электроприбора произошла вспышка электродуги, в результате чего больной получил ожоги указанных участков тела. Лицо умеренно отечно, на фоне его гиперемии участками определяется закопченный эпидермис. Глаза слезятся, отмечается светобоязнь. Кисти гиперемированы, на них множество мелких пузырей.

В чем ошибка врача скорой помощи? Ваш диагноз? К какому специалисту за консультацией Вы обратитесь?

74

Женщина кипятила белье. В воду добавила стиральный порошок и отбеливатель. При снятии емкости с плиты пострадавшая по неосторожности опрокинула ее на себя, получила ожоги. Передняя поверхность туловища, предплечья и кисти гиперемированы, раневая поверхность белесоватая с плохой болевой чувствительностью.

Определив степень и площадь ожога, как Вы сформулируете диагноз? Какую окажите первую помощь?

75

В приемное отделение больницы с места пожара доставлен пострадавший. Сознание помрачено. Лицо и кисти закопчены, нос и губы обожжены. Дыхание поверхностное, периодически отмечаются кашель, отхаркивание мокроты с примесью гари.

Ваши диагноз и действия?

76

В приемный покой больницы машиной скорой помощи доставлен 3-летний ребенок с термическими ожогами задней поверхности туловища и ягодиц. Со слов матери, ребенок сел в кастрюлю с кипятком, которая стояла на полу. Состояние ребенка тяжелое. В сопроводительном листе врачом бригады скорой помощи отмечено, что ожоговая поверхность обработана аэрозолем «Оксициклозоль» и закрыта асептической повязкой.

В чем ошибка врача скорой помощи и что нужно было сделать при оказании первой помощи?

77

Вы — врач скорой помощи. Приехали по вызову. На улице лежит человек без сознания. Температура воздуха 20 С, ветер. При осмотре больного отмечается резкая бледность кожи кистей, капиллярный пульс не определяется, пальцы покрыты коркой льда.

Ваши диагноз и действия?

78

В хирургическое отделение поступил пострадавший с жалобами на отсутствие чувствительности в пальцах стоп, отек их. При сборе анамнеза выяснено, что накануне на морозе долго ждал общественный транспорт. Продрог сам и замерзли пальцы стоп. Дома грел стопы в горячей ванне, но чувствительность не восстановилась. Стопы отечные, отмечаются цианоз пальцев, отсутствие чувствительности в них, капиллярная проба отрицательная. Ваши диагноз и лечебные мероприятия?

79

Из районной больницы в клинику доставлен пострадавший с отморожением обеих стоп в позднем реактивном периоде. Состояние поступившего тяжелое. Обе стопы отечные, отмечается резкий цианоз кожи на них с серым оттенком, чувствительность полностью отсутствует. По линий демаркации пузыри

с гнойным содержимым. Кожа на голених гиперемизована. Температура тела-38С. Ваши диагноз, дополнительные обследования и лечебная тактика?

80 Больной с отморожениями стоп III-IV степеней на пятые сутки после травмы стал жаловаться на слабость, повышение температуры тела до 39 С, кашель, одышку. Обе стопы отечные, кожа голених гиперемизована.

Какие осложнения могли развиться у больного? Какие дополнительные обследования для уточнения диагноза Вы проведете? Ваша лечебная тактика?

81

Вы прибыли на место происшествия по вызову. Со слов присутствующих, несколько минут назад пострадавший попал под воздействие электрического тока. Потерял сознание. Имели место судороги. Друзья по работе отключили рубильник. Больной лежит на полу. Дыхание отсутствует, пульс не прощупывается, кожные покровы цианотичные, зрачки широкие, на свет не реагируют. Что с пострадавшим? Ваши действия?

82

В хирургическое отделение поступил больной, который два дня назад получил электроожог правой кисти IV степени. Кисть, предплечье и плечо резко отечны, деревянистой плотности. Чувствительность в пальцах кисти ослаблена.

Какое экстренное оперативное вмешательство Вы должны выполнить?

ОСТРАЯ ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

83

В поликлинику на прием к хирургу пришел юноша с фурункулом верхней губы.

Температура тела 39 С. Выражены отеки верхней губы и век.

Как хирург должен поступить с больным? Какое следует проводить лечение?

84

В хирургическое отделение через два дня после начала заболевания госпитализирована 50-летняя женщина с карбункулом межлопаточной области. Анализ крови: лейкоциты- $11,5 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные-6/СОЭ-17 мм/ч, сахар 4,6 ммоль/л. Несмотря на проводимое консервативное лечение (антибиотики, сульфаниламиды, витамины, антистафилакокковый гамма-глобулин, местнотрипсин, УВЧ), воспалительно-некротический процесс продолжает прогрессировать, усилилась общая интоксикация.

Какова должна быть дальнейшая тактика лечения больной?

85

На прием к хирургу пришел пациент с жалобами на боли в правой подмышечной области, усиливающиеся при движении в правом плечевом суставе. Болеет третьи сутки. При осмотре в подмышечной области обнаружены 3 плотных ограниченных инфильтрата диаметром от 0,8 до 1,2 см, слегка выступающих над кожей, с легкой гиперемией последней над ними. Что случилось с больным? Какова должна быть лечебная тактика?

86

Больной К., 26 лет, жалуется на боли в правой кисти в течение 4 дней. Боли вначале появились на месте мозолей на ладонной поверхности у оснований I и III пальцев. В последующем стали быстро нарастать

отек и припухлость тыла кисти. II и III пальцы полусогнуты в межфаланговых суставах, разогнуты и разведены в пястно-фаланговых сочленениях, кисть имеет вид "граблей". Ваши диагноз и тактика лечения данного больного?

87

В приемный покой больницы доставлена больная с жалобами на боли левой ягодицы, озноб. Температура тела 38,9°C. Больной себя считает 2 недели, когда по поводу высокого артериального давления фельдшером "скорой помощи" в левую ягодицу была произведена инъекция раствора магносульфата. При осмотре в верхненаружном квадранте левой ягодицы определяются гиперемия кожи, припухлость, в центре плотного, болезненного и филътрата отмечается участок размягчения. Анализ крови; лейкоциты-12.2x10⁹/л, палочкоядерные-7%, сегментоядерные-74%, СОЭ-26мм/ч,

Что следует предположить у больной? Как убедиться в правильности поставленного диагноза? Какова должна быть лечебная тактика.

88

Пожилой мужчина три дня назад повторно оперирован по поводу послеоперационного перитонита (несостоятельность швов тонко-тонкокишечного анастомоза). Больной жалуется на боли в ране, сухость во рту, жажду. Температура тела 37,6-38,5 °C. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Выражена гипосаливация. Отмечается легкая болезненность в области правооколоушной железы.

О возможности какого осложнения следует думать? Какие профилактические мероприятия необходимо проводить?

89

70-летний мужчина на 3-й день после операции начал жаловаться на боли в области околоушной железы, затруднение и болезненность при открывании рта. Температура тела 38-39°C. В околоушной области определяется плотный болезненный инфильтрат. В крови выявляются лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышенная СОЭ. Какое осложнение следует думать у больного? Ваша лечебная тактика?

90

Вечером в хирургический стационар госпитализирована молодая женщина через 16 дней после родов с жалобами на боли в правой молочной железе, озноб. Болеет более недели. Занималась самолечением, но оно эффекта не дало. температура тела 39,9 °C. Правая молочная железа увеличена. В нижних квадрантах ее глубоко пальпируется обширный, плотный, болезненный инфильтрат с размягчением в центре. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены и болезненны.

Ваш диагноз? Как должен поступить дежурный хирург? Как быть с кормлением ребенка?

91

В хирургическое отделение госпитализирована больная с жалобами на боли в левой молочной железе в течение 6 дней. Кормит грудью. Ребенку 12 дней от рождения. Кожные покровы бледные. В верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется болезненное уплотнение диаметром до 6-7см. с нечетко дифференцируемым размягчением в центре. Какой диагноз Вы поставите. Ваша лечебно-диагностическая тактика?

92

На прием к хирургу пришла женщина с жалобами на боли в области соска левой молочной железы через 2 месяца после родов. Ареола отечна. Отмечаются припухлость, инфильтрация в низкие полуокружности ее с четкой флюктуацией в центре.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

93

У кормящей матери в течение 2 месяцев после вскрытия гнойного мастита в верхненаружном квадранте правой молочной железы имеется точечный свищ с постоянным выделением из него капель в виде молока. Проводимые консервативные мероприятия, направленные на закрытие свища, эффекта не дали. Что Вы предпримете?

94

На прием к хирургу пришел 15-летний юноша с жалобами на боли и затвердение в правой грудной железе. Больным себя считает около 3 недель. Температура тела нормальная. Грудные железы увеличены, причем правая в большей степени. Они набухшие, плотные, болезненные при пальпации. На лобке-признаки оволосения по мужскому типу. Патологии со стороны наружных половых органов не отмечается.

Что с пациентом? Ваши рекомендации?

95

К хирургу поликлиники пришел 46-летний мужчина с жалобами на увеличение левой грудной железы, которое стал замечать 1,5 месяца назад. Температура тела нормальная, левая грудная железа увеличена до 5-6 см. в диаметре, гомогенной плотноэластической консистенции, безболезненна. Объемных образований в ней не определяется. Сосок не увеличен. Выделений из него нет. Наружные половые органы без особенностей.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

96

В приемный покой больницы обратилась 45-летняя женщина с жалобами на боли в правой голени, головную боль, слабость, разбитость. Болеет 2 суток. Температура тела по вечерам повышается до 39 °C. На передненаружной поверхности нижней и средней трети голени имеется обширное, ярко-красного цвета пятно с несколькими мелкими наполненными серозно-геморрагическим экссудатом пузырьками. Границы гиперемии четкие, неровные (виде графической карты). На месте гиперемии кожа тестоватая, резко болезненная при пальпации. Анализ крови: лейкоциты-15,1х10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы-7%, СОЭ-34 мм/ч. Ваш диагноз? Следует ли больную при госпитализации изолировать от других больных в отделении? Какое лечение Вы назначите больной?

97

На прием к дерматологу пришла 53-летняя женщина с жалобами на зуд и жжение кожи на III пальце левой кисти. Из анамнеза стало известно, что 3 дня назад пациентка дома разделывала рыбу и костью уколола палец. Через день появились отек на пальце, покраснение кожи и боль. При осмотре на тыльно-боковой поверхности пальца отмечается пятно гиперемии кожи с синюшно-фиолетовым оттенком. Края покраснения фестончатые. Палец отечный, движения в межфаланговых суставах ограничены, болезненны.

О каком заболевании следует думать? С какой патологией надо проводить дифференциальную диагностику? Как будете лечить больную? Нуждается ли она в освобождении от выполнения своих профессиональных обязанностей?

98

Больной К., 26 лет, вызвал на дом участкового врача по поводу болей в горле, повышения температуры тела, озноба. Заболел сутки назад. При осмотре небные миндалины значительно увеличены, выступают из-за небных дужек, ярко гиперемированы, при надавливании на них шпателем выделяется гной. При пальпации в обеих подчелюстных областях определяются плотные, округлые, подвижные, не спаянные с кожей болезненные образования до 2-2.5 см в диаметре. Кожа над ними не изменена.

Что случилось с больным? Нуждается ли он в экстренном хирургическом вмешательстве?

99

На прием к врачу пришел юноша, две недели назад призванный на срочную воинскую службу. Жалуется на боли в правой стопе, которые беспокоят в течение 3 дней.

При осмотре на тыле II—III пальцев правой стопы имеются потертости с гнойным налетом. Стопа на тыльной поверхности отекая, здесь же отмечается гиперемия в виде красных продольных полос, болезненных при дотрагивании. В правой паховой области пальпируется умеренно болезненный, плотноэластичной консистенции, размером с лесной орех узел. Кожа над ним не изменена. Ваши диагноз и лечебная тактика?

100

Больной Н., 36 лет, госпитализирован в хирургическое отделение по поводу острого панкреатита. Несмотря на проводимое лечение, состояние продолжал ухудшаться. Температура тела гектическая. Нарастали явления перитонита. По экстренным показаниям произведена лапаротомия и констатировано гнойное расплавление поджелудочной железы. После санации брюшной полости операция завершена марсупиализацией (края рассеченной желудочно-ободочной связки подшиты к париетальной брюшине передней брюшной стенки). К пораженной железе подведены тампоны "сигары", в дугласово пространство—дренажная трубка.

В послеоперационном периоде состояние больного остается крайне тяжелым. Через сутки после операции тампоны внезапно обильно пропитались алой кровью. Пульс участился до 124 ударов в минуту, артериальное давление снизилось до 90/60 мм рт. ст.

Что наиболее вероятно послужило причиной вторичного кровотечения у больного? Ваша лечебная тактика?

101

Больной М., 64 лет, после внутривенных капельных инфузий лекарственных средств начал жаловаться на боли в левом локтевом сгибе.

По ладонной поверхности верхней трети левого предплечья и передневноутренней поверхности плеча по ходу подкожной вены определяются гиперемия кожи уплотнение и резкая болезненность венозной стенки.

Какой диагноз Вы поставите? Какое лечение назначите?

102

Больная М., 58 лет, поступила в хирургическое отделение по поводу острого тромбоза подкожных вен левой голени.

Несмотря на проводимое консервативное лечение в течение 4 суток, воспалительный процесс продолжает прогрессировать: появились боли в левом бедре, гиперемия кожи, уплотнение тканей и болезненность по ходу большой подкожной вены в нижней и средней третях бедра. Ваши диагноз и действия?

103

Больной Е., 69 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на сильные распирающие боли в правой голени, отек стопы и голени, повышение температуры тела до 38,7 °С. Боли усиливаются при передвижении. Заболел три дня назад, когда появились судорожные сокращения икроножной мышцы, а позже боли в ней. Отек возник на третьи сутки.

Кожа на правой голени и стопе слегка гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность средней трети правой голени больше на 6 см окружности левой голени на этом же уровне. Движения в левом голеностопном суставе сохранены, но болезненны. При пальпации голени отмечается болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Симптом Хоманса положительный (появление болей в икроножной мышце при максимальном сгибании в голеностопном суставе). Появляется резкая болезненность при сдавливании икроножной мышцы. Общий анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ — 29 мм/ч, протромбиновый индекс — 1.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

104

Больной М., 59 лет, в гинекологическом отделении произведена операция: надвлагалищная ампутиация матки.

На 8-е сутки появился прогрессивно нарастающий отек всей левой нижней конечности. При осмотре на ней выявлены бледно-синюшного цвета пятна, кожа напряжена. Окружность левого бедра и голени на уровне средних третей их больше окружности правого бедра и голени на 8 и 6 см соответственно. Пальцы левой стопы теплые, активные движения в их суставах сохранены. Пульс на тыльной артерии левой стопы определяется, ослабленный. Температура тела 36,7—36,9 °С.

Какое послеоперационное осложнение возможно у больной? Где и как дальше необходимо лечить больную? В чем заключается профилактика подобных осложнений?

105

На прием к хирургу пришла пациентка с жалобами на боли в правом локтевом суставе, которые появились 8 дней назад после ушиба. В последние 3 дня боли усилились. При осмотре в проекции локтевого отростка имеется ссадина под коркой из-под которой при надавливании выделяется гной. Здесь же определяется припухлость, гиперемия, болезненность и флюктуация. Движения в локтевом суставе практически сохранены в полном объеме безболезненны. При пункции в месте флюктуации получен гной. На рентгенограмме костно деструктивных изменений не обнаружено. Ваш диагноз и лечебная тактика?

106

Больной А., 39 лет, жалуется на боли в правом коленном суставе, которые беспокоят около 2 недель и с каждым днем усиливаются. Работает паркетчиком. В области правого коленного сустава определяются выраженная гиперемия кожи, припухлость, болезненность и флюктуация в проекции надколенника. Баллотирования последнего не установлено. В нижней части бедра на передней поверхности имеются

продольные линейные полосы гиперемии паховые лимфоузлы увеличены. Движения в коленном суставе ограничены незначительно болезненны. На рентгенограмме правого коленного сустава костно деструктивных изменений не выявлено. При пункции в области припухлости получен гной. Что случилось с больным? Ваша лечебная тактика?

107

Больной К., 28 лет, госпитализирован в проктологическое отделение больницы с диагнозом: острый тромбоз геморроидальных узлов. Жалуется на боли в заднем проходе, усиливающиеся при передвижении, повышение температуры тела по вечерам до 40 С. Из-за болей не может сидеть. Болеет 4 суток. Мазевые компрессы и ректальные свечи эффекта не дают. В анамнезе хронический геморрой с редкими обострениями. Справа от ануса выявляется гиперемия кожи, припухлость, резкая болезненность. Подлежащие ткани плотные, напряжены, флюктуации не определяется. При пальцевом исследовании прямой кишки отмечена отечность и болезненность правой боковой стенки ее. Анализ крови: лейкоциты $16,3 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы-7/, СОЭ-28мм/ч.

Согласны ли Вы с предварительным диагнозом? Боли нет, то какой Ваш диагноз? Какой объем помощи должен быть оказан больному в данном специализированном лечебном учреждении?

108

В поликлинику на прием к хирургу пришла пациентка 20 лет с жалобами на пульсирующие боли в области копчика, повышение температуры тела по вечерам до 37,7-38,2 С. Болеет 4 дня до этого считала себя абсолютно здоровой. В межъягодичной складке в проекции копчика, несколько правее, на ограниченном участке определяются гиперемия кожи, припухлость, в центре ее флюктуация: выраженная болезненность в пределах воспаленных тканей. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

Ваш предположительный диагноз? Чем может помочь хирург поликлиники данной больной?

109

В стационар поступил больной 64лет, с диагнозом: острая трещина заднего прохода. Пальцевое исследование прямой кишки ни в поликлинике, ни в приемном покое не производилось. Жалуется на боли в заднем проходе, усиливающиеся в начале акта дефекации, повышение температуры тела вечером до 37,6-38С. Болеет в течение 5 суток. При пальцевом ректальном исследовании по левой боковой стенке анального канала с переходом на ампулу кишки определяется болезненный инфильтрат с размягчением в центре. Анализ крови; умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ-19мм/ч.

Какой диагноз Вы поставите больному? Показано ли оперативное лечение? Если да, то как Вы проведете операцию?

110

Больной Н., 65лет, после введения две недели назад суспензии гидрокортизона в правый плечевой сустав начал жаловаться на боли в нем, озноб, повышение температуры тела до 40 С. За медицинской помощью не обращался. Занимался самолечением: компрессы, горячие грелки, прием обезболивающих препаратов внутрь. Ухудшение состояния заставило вызвать участкового врача. Состояние больного средней тяжести. Пульс-96 ударов в мин. Больной держит правую руку в положении абдукции (отведения). Сустав опухший, горячий на ощупь. Малейшие активные и пассивные движения в нем резко болезненны.

Как участковый врач, какое заболевание Вы должны заподозрить? Ваши дальнейшие действия? Какие дополнительные исследования надо произвести и как лечить больного?

111

Больному З., 54 лет, по поводу рака правого легкого произведена пульмонэктомия. После 10 дней благополучного течения послеоперационного периода состояние начало ухудшаться: стала нарастать общая слабость, появились тянущие боли в грудной клетке, температура тела повысилась до 40 С с гектическими размахами. Пульс 112-120 ударов в мин., акроцианоз. В крови выявляются высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и патологической зернистостью нейтрофилов. На рентгенограмме в грудной клетке справа определяется уровень жидкости VII ребра. Какое осложнение возникло у больного после операции? Какова тактика лечения?

112 Больной М., 59 лет, переведен в клинику из районной больницы, где в течении 5 недель лечился по поводу закрытой травмы грудной клетки, перелома VII-IX ребер справа, посттравматической пневмонии. При поступлении жалуется на слабость, озноб, потливость, боли в грудной клетке. Последние дни обильно откашливается желто-зеленоватого цвета со сладковатым запахом мокрота до 300мл. в сутки. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,8-39,9 С. Пульс 100-116 ударов в мин. перкуторно определяется притупление в нижних отделах правого легкого, аускультативно-ослабленное дыхание, непостоянные мелкопузырчатые хрипы. Анализ крови: высокий лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ-58 мм/ч.

С подозрением на какое осложнение больной переведен в клинику? Какие дополнительные исследования следует выполнить для верификации диагноза? Какова тактика лечения больного?

113

У больного, которому 7 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита удален червеобразный отросток, повысилась температура тела.

Характер температуры гектический. Жалуется на сухость во рту, боли в конце мочеиспускания, частые позывы к дефекации. Рана не беспокоит. Пульс — 108 ударов в минуту. Аускультативно: дыхание в обоих легких везикулярное. Язык суховатый. Живот правильной формы, в дыхании участвует, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Анализ крови: лейкоциты — $17,2 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы палочкоядерные — 8%, СОЭ — 30 мм/ч.

стороны раны воспалительных явлений нет. При рентгенологическом исследовании патологии со стороны легких не выявлено.

Развитие какого осложнения следует заподозрить? Какие дополнительные исследования надо выполнить? Как помочь больному?

114

Больной К., 47 лет, жалуется на боли в животе, тошноту. Из анамнеза известно, что вечером, будучи в нетрезвом состоянии, упал на живот. От вызова "скорой помощи" категорически отказывался и только спустя 12 ч после получения травмы согласился.

Больной лежит на правом боку с подтянутыми к животу ногами. Пульс — 100 ударов в минуту. Артериальное давление — 115/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен налетом грязно-серого цвета. Живот в

акте дыхания не участвует, определяется доскообразное напряжение мышцы передней брюшной стенки. Поколачивание кончиками пальцев по животу вызывает резкое усиление болей в нем. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается (симптом "гробовой тишины"). Вы — врач скорой помощи. Каковы Ваши предположительный диагноз и тактика лечения?

115

В приемный покой доставлен 50-летний мужчина с жалобами на боли в животе, которые появились внезапно, как удар кинжалом, 10 ч назад. В течение 18 лет страдает язвенной болезнью желудка.

Язык сухой, обложен. Пульс — 104 удара в минуту. Артериальное давление — 120/80 мм рт. ст. Живот в акте дыхания не участвует, доскообразно напряжен, болезненный преимущественно в эпигастрии и по правому боковому каналу. Перкуторно печеночная тупость не определяется. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается.

Ваш диагноз? Какие диагностические исследования необходимо выполнить в приемном покое до госпитализации больного?

116

Во время операции по поводу острого перитонита 18-часовой давности установлено, что причиной его явилась перфорация раковой опухоли ректосигмоидного отдела толстой кишки. В брюшной полости обнаружено значительное количество мутного выпота с каловым запахом. Опухоль подвижна, метастазов в печени, в корне брыжейки не выявлено. Брюшина гиперемирована, с точечными кровоизлияниями. Петли тонкой кишки отечны, местами покрыты фибрином, несколько раздуты, перистальтика отсутствует. С помощью электроотсоса брюшная полость осушена. Какова дальнейшая тактика хирурга при такой картине перитонита?

117

Больному Ш., 54 лет, по поводу прободной язвы желудка через 5 ч с момента заболевания произведена резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера—Финстерера. На 4-е сутки после операции состояние больного резко ухудшилось, появились икота боли в эпигастрии, которые скоро стали распространяться по всему животу. Пульс — 116 ударов в минуту, слабого наполнения. Дыхание — 23 в минуту, поверхностное, прослушивается над обоими легкими. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный преимущественно в эпигастральной области. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика кишечника не прослушивается. Отмечается притупление в отлогих местах живота.

О каком послеоперационном осложнении следует думать? Какова наиболее вероятная причина его? Ваша тактика дальнейшего лечения?

118

Больной П., 84 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянные разлитые боли в животе, которые появились 3-суток назад в эпигастральной области. Сутки назад была однократная рвота. Накануне имел самостоятельный стул. Язык обложен, сухой. Живот вздут, напряжен, болезненный во всех отделах, но несколько больше по правому боковому каналу. Перкуторно определяется тимпанит во всех отделах живота. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается. Анализ крови: лейкоциты-18,1х10⁹/л, палочкоядерные-10%, сегментоядерные-70%, лимфоциты-18%, моноциты-2%, СОЭ-16мм/ч. На обзорной рентгенограмме живота свободного газа, и "чаш Клойбера" нет, петли тонкой кишки пневматизированы.

Ваши предположительный диагноз и лечебная тактика?

119

В хирургическое отделение поступил больной на 5-е сутки с момента заболевания с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом. На фоне проводимого лечения состояние больного начало улучшаться: температуре тела нормализовалась, снизился лейкоцитоз. На 5-е сутки пребывания, в стационаре внезапно появились сильные боли в животе, повысилась температура тела, участился пульс, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, болезненный во всех отделах, брюшная стенка ограничено участвует в акте дыхания, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Лейкоцитоз возрос с 9.3×10^9 /л до 16.7×10^9 /л.

Какое осложнение развилось у больного? Ваша тактика? Какие показания к применению марлевых тампонов.

120

К Вам на прием пришла пациентка с жалобами на сильные дергающие боли во II пальце правой кисти. 4 дня назад уколола палец при разделке рыбы. Последние 2 ночи из-за болей не спала. Ногтевая фаланга пальца отекая, отмечаются припухлость и резкая болезненность по ее ладонной поверхности. Движения в межфаланговых суставах умеренно ограничены. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются. Ваш диагноз? Какую помощь Вы окажите больной в условиях поликлиники?

121

Больной К., 36 лет, тросом глубоко уколол 1 палец правой кисти. Через сутки появились пульсирующие боли в пальце, отек его. За медицинской помощью не обращался, и только две последние бессонные ночи заставили его прийти на прием к хирургу поликлиники. Ногтевая фаланга пальца булабовидно утолщена, отмечается болезненность при зондовой пальпации практически всего мякиша дистальной фаланги пальца. Ограничено сгибание в межфаланговом суставе. Ваши диагноз и оперативный доступ?

122

На прием пришел пациент с гнойным подкожным панарицием 2 пальца правой кисти. Показания к операции безусловные. Согласие больного получено. Но перед разрезом, чтобы тщательно удалить все пораженные нежизнеспособные ткани необходимо эффективное обескровливание. Каким образом Вы его осуществите?

123

Мать привела на прием к хирургу мальчика 9 лет, которого беспокоят боли в 1 пальце правой кисти. Болеет в течение 3 дней. При осмотре на ладонной поверхности ногтевой фаланги пальца определяется участок припухлости мутнобелого цвета диаметром до 0.6 см, окруженный тонким пояском гиперемии. Какую помощь следует оказать ребенку?

124

Больная Д., 40 лет, пришла на прием по поводу паронихии 4 пальца правой кисти с тотальным поражением околоногтевого валика и подлежащей клетчатки. Больной себя считает 2 недели с момента, когда сорвала заусеницу. Хирург осмотрел больную и вскрыл гнойник боковым разрезом около ногтя. Из раны выделились 23 капли гноя. Рана промыта раствором антисептика, на нее наложена повязка.

После операции применялись ванночки, компрессы с мазью Вишневского, инъекции пенициллина, но заметного улучшения не наступило. Встал вопрос о повторном оперативном вмешательстве.

Какая ошибка была допущена хирургом? Какую операцию рациональнее было выполнить в данном случае?

125

Больная О., 44 лет, домохозяйка, обратилась с жалобами на боли в 1 пальце левой кисти. Болеет около недели с момента, когда извлекла занозу (рыбью кость) изпод ногтя. Вначале боли были незначительными. Пользовалась ванночками с гипертоническим раствором натрия хлорида, калия перманганата, компрессами с мазью Вишневского, прикладывала печеный лук. Улучшения не наступило. На прием "заставила" прийти проведенная накануне бессонная ночь. При осмотре определяется обращенное основанием к свободному краю серо-желтоватого цвета помутнение, верхушка которого расположена в центре ногтевой пластинки в виде треугольника. Надавливание на ногтевую пластинку болезненно. Движения в межфаланговом суставе осуществляются в полном объеме. Ваши диагноз и лечебная тактика?

126

В отделение хирург. инфекции госпитализирован 34-летний мужчина с жалобами на боли в указательном пальце правой кисти на 22-е сутки от начала заболевания. Известно, что в поликлинике на 8-е сутки с момента заболевания он оперирован по поводу подкожного панариция. После операции применял ванночки с 10% раствором натрия хлорида, повязки со стрептоцидовой мазью. Мазью Вишневского. Проводилась УВЧ-терапия. За 2 недели такого лечения заметного улучшения не наступило. Ногтевая фаланга пальца булавовидно утолщена, болезненна. На ладонно-радиальной поверхности ее имеется линейная рана с избыточными грануляциями и скудным серозно-гнойным отделяемым.

С подозрением на какое осложнение направлен больной в стационар? Какое дополнительное исследований следует выполнить в целях верификации диагноза?

127

Больной Р., 23 лет, поступил в отделение хирург. инфекции с жалобами на боли во 2 пальце левой кисти. 2 недели назад уколол палец металлической стружкой. В течение недели лечился в поликлинике пункция, антибиотикотерапия, иммобилизация пальца. Улучшения не наступило поэтому был направлен на стационарное лечение. Палец в проксимально межфаланговом суставе полусогнут, веретенообразно утолщен, отечный, кожа гиперемирована, пальпация в области сустава резко болезненна, движения, в суставе практически отсутствуют.

Какой Ваш диагноз? Какое дополнительное исследование необходимо выполнить? Ваша лечебная тактика?

ОСТЕМИОЛИТ. СЕПСИС.

128

Вы-врач-педиатр скорой помощи. Вас вызвали вечером к 7-летнему мальчику в связи с ухудшением его состояния. Примерно 1,5сут. назад ребенок с жалобами на головную боль был отпущен с уроков домой. На дому его осмотрел участковый педиатр и по поводу острой респираторной вирусной инфекции назначил противовоспалительные и антибактериальные препараты. При осмотре состояние ребенка тяжелое, заторможенное. Температура 40 С. Со слов матери, перед приездом скорой помощи были галлюцинации. Лицо бледное, акроцианоз. Пульс 128 ударов в мин. Дыхание-28 в мин, верхностное. В

нижних отделах легких выслушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Отмечаются болезненность при пальпации в нижней трети правого бедра отечность его.

О каком заболевании следует думать? Ваша тактика?

129

В приемный покой больницы доставлен мальчик 9 лет с жалобами на боли в правой ноге. Болеет в течение 2 недель. Лечился на дому. Состояние ухудшилось, поэтому направлен на стационарное лечение. Тем-ра тела по вечерам до 40 С. В легких выслушиваются единичные рассеянные сухие и влажные хрипы. Печень и селезенка не увеличены. Определяются отек и гиперемия кожи в нижней трети правого бедра, резкая болезненность. Коленный сустав увеличен в объеме, нога в нем полусогнута, движения болезненные. Дополнительно установлено, что 3 недели назад ударился правым бедром о парту.

Ваш диагноз? Какие исследования необходимо выполнить в приемном покое? Ваша лечебная тактика?

130

Мать привела на прием к хирургу мальчика 13 лет, которого на протяжении последнего года периодически беспокоят ноющие боли в верхней трети левой голени? Как правило, боли появляются при перемене погоды и по ночам. Внешне голень без особенностей. Отмечается ограниченная повышенная чувствительность при надавливании на большеберцовую кость в верхней трети ее. Движения в коленном суставе осуществляется в полном объеме. На рентгенограммах в губчатой части метафиза большеберцовой кости определяется округлая полость диаметром около 1 см. окруженная хорошо видимой зоной склероза наподобие узкой каймы и нежным периостальными наложениями на поверхности кости. Ваши диагноз и тактика?

131

В отделение хирург. инфекции поступил больной с жалобами на боли в правой голени, периодическое повышение температуры тела до 38-39 С. Передвигается с помощью костылей, 12 мес. назад перенес открытый перелом. Проводилось лечение скелетным вытяжением и гипсовой повязкой. Однако из-за боли самостоятельно передвигаться не может. На передней поверхности правой голени имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. Голень отечна, вокруг свища наблюдается умеренная гиперемия тканей. На рентгенограммах голени отмечаются ложный сустав, концевой остеолит отломков большеберцовой кости, эндостальный склероз, утолщение и бахромчатость периоста.

С каким диагнозом поступил больной? Какие необходимо провести дополнительные методы исследования? Ваша лечебная тактика?

134

На врачебной конференции обсуждается история болезни 23 летнего мужчины, страдающего хрон. гематогенным остеомиелитом правого бедра. На рентгенограммах в диастальном метафизе бедренной кости определяется полость со свободно лежащим секвестром до 1.5 см в диаметре. Больному показано оперативное лечение.

Что бы Вы предложили для заполнения секвестральной полости после секвестрэктомии и санации, "секвестрального гроба"?

135

После выписки домой из роддома на протяжении 3 недель состояние новорожденного прогрессивно ухудшается. Он вял, плаксив, отказывается от груди, не прибавляет в массе. Кожные покровы бледно-серые, акроцианоз. Отмечаются частые срыгивания, неустойчивый стул. Тем-ра тела постоянно 37.6-37.9 С. Живот мягкий, на пальпацию его не реагирует. На месте отпавшей пуповины имеется мокнущая ранка с вялыми, бледными покрытыми гнойным налетом грануляциями.

Как участковый педиатр какое заболевание Вы заподозрите у ребенка и что предпримете?

136

Больная С., 22лет, жалуется на слабость, ознобы, постоянную высокую тем-ру (38-40), ноющие боли в низу живота, скудные мажущие кровянистые выделения из влагалища. При тщательном сборе анамнеза установлено, что 8 дней назад она перенесла криминальный аборт. Состояние начало ухудшаться со 2 дня. За мед. помощью не обращалась. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, лицо землистое, отмечается иктеричность склер. Пульс-124 удара в мин. ритмичный, слабого наполнения. Язык сухой, умеренно обложен. Живот мягкий, болезненный над лоном и в подвздошных областях. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Как врач скорой помощи, какой диагноз Вы установите больной и как поступите?

137

Больному 72лет, по поводу влажной диабетической гангрены правой стопы к голени произведена ампутация на уровне средней трети правого бедра. На 4 сутки в связи с нагноением швы с культи сняты, рана разведена, дренирована тампонами. В течении последующих 10 дней гнойное отделяемое из раны прекратилось, но грануляции вялые, бледные. Культи отечная. Общее состояние больного тяжелое. Заторможен. Отмечаются серо-землистый цвет кожных покровов, иктеричность склер. Температура тела постоянно держится в пределах 39-40 С. Пульс-124-136 ударов в мин., слабого наполнения. Тахипноэ. В правом подреберье пальпируется выступающий на 3-4см край печени. Суточный диурез 300-400мл. У больного заподозрен острый послеоперационный сепсис. Какие исследования следует провести для верификации диагноза?

ОСТРАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ.

138

Мужчина, 44 лет, по неосторожности упал в открытый канализационный колодец. Получил открытый перелом обеих костей правой голени в нижней трети ее. В хирург. отделении произведена обработка раны с наложением на нее глухого шва и применением скелетного вытяжения. К исходу 2-х суток с момента травмы у больного появилась эйфория, он качал жаловаться на боли в ране, ощущение распирания в ней и давление наложенной повязки. Тем-ра тела в течение двух суток субфебрильная.

Какое осложнение Вы заподозрите у больного? Какие местные изменения характерны для предполагаемого Вами осложнения?

139

В районную больницу с места дорожно-транспортного происшествия доставлены трое больных с переломами костей голени и обширными загрязненными землей и обрывками одежды рваными ранами нижних конечностей. Ваши действия?

140

У больного, находящегося на лечении в травматологическом отделении, на 3-й день после репозиции открытого перелома большеберцовой кости левой голени в средней трети ее с иммобилизацией конечности задней гипсовой лангетой появились боли в зоне повреждения. При осмотре больного врачом установлены общие и местные признаки газовой гангрены. В комплексе лечебных мероприятий назначено введение противогангренозной сыворотки. В какой дозе, как и кем должна вводиться противогангренозная сыворотка?

141

После введения больному противогангренозной сыворотки с профилактической целью у него появились озноб, стеснение в груди, резкие боли в животе, рвота, падение артериального давления, холодный пот, цианоз, сумеречное сознание.

Какое осложнение возникло в результате введения противогангренозной сыворотки? Каковы будут Ваши Действия?

142

У больного, находящегося на лечении в хирургическом отделении по поводу рваных ран правого бедра, загрязненных землей, с множественными размозжениями мышц, на вторые сутки появились местные и общие признаки газовой гангрены. В комплекс лечебных мероприятий включено введение противогангренозной сыворотки.

Как Вы поставите внутрикожную пробу на чувствительность к лошадиному белку и как будете интерпретировать полученный результат?

143

У военнослужащего с множественными обширными осколочными ранениями мягких тканей обеих нижних конечностей, ягодиц и спины в процессе лечения развились явные симптомы анаэробной клостридиальной инфекции.

Назначено введение лечебной дозы противогангренозной сыворотки. При постановке внутрикожной пробы на чувствительность к лошадиному белку через 20 мин папула на предплечье достигла 1,4 см в диаметре. Будучи дежурным хирургом, как Вы поступите в такой ситуации?

144 В хирургическое отделение поступил 69-летний больной с газовой гангреной правой голени, распространяющейся на нижнюю треть бедра. Состояние больного тяжелое, нарастают признаки интоксикации. По жизненным показаниям больному под жгутом произведена ампутация правой нижней конечности на уровне верхней трети бедра. Выполнен тщательный гемостаз. Из выкроенных лоскутов сформирована культя. По краям линии швов культя дренирована резиновыми выпускниками. На культю наложена возвращающаяся повязка. Какие ошибки допущены хирургами при выполнении операции?

145

В отделение поступил больной с газовой гангреной правой голени. Определена тактика экстренных лечебных мероприятий.

Учитывая высокую контагиозность анаэробной клостридиальной инфекции, Вы как заведующий отделением должны организовать и контролировать в отделении соблюдение санитарноэпидемиологического режима. В чем суть его?

146

Больной Ч., 24 лет, оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита. На третьи сутки после операции отмечено просачивание между швами серозной, а затем серозно-гнойной жидкости с пропитыванием подкожно-жировой клетчатки. На пятые сутки выявлены выраженная гиперемия краев раны, плотный отек кожи и подкожной клетчатки проксимально до подреберья и дистально до верхней трети правого бедра без четкой ограниченности процесса.

Швы сняты, края раны разведены. Из раны выделяется буроватого цвета экссудат с резким неприятным запахом. Подкожно-жировая клетчатка в ране, фасции серо-грязного цвета. Ваш предположительный диагноз? Какими методами можно его верифицировать?

147

В клинику из районной больницы переведен больной 25 лет, по поводу флегмоны правого бедра, развившейся после травмы 7 дней назад. До поступления неоднократно производилось рассечение кожи и подкожной клетчатки в виде небольших разрезов по внутренней поверхности нижней трети бедра с оставлением в ранах выпускников из перчаточной резины. На передневнутренней поверхности правого бедра в нижней трети его имеется гнойно-некротическая рана размером 15х18х9см. Отмечается некроз кожи и подкожно-жировой клетчатки, которая обильно пропитана серозно-гнойным экссудатом с резким неприятным запахом. Выражены отек и гиперемия кожи до уровня средней трети бедра и верхней трети голени.

Ваши предположительный диагноз и лечебная тактика?

148

У больного на 5 дней после получения небольшой раны правой кисти при обработке земельного участка повысилась температура тела до 38 С, появились мышечные боли, затруднения глотания, невозможность закрыть рот, сардоническая улыбка. Какое осложнение возникло у больного? Ваши действия?

149

В приемный покой машиной скорой помощи доставлена молодая женщина на 3 сутки после внебольничного аборта. Жалуется на боли в низу живота. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс-112 ударов в мин. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Нуждается ли больная в экстренной профилактике столбняка?

150

Машиной скорой помощи в приемное отделение районной больницы доставлена роженица с новорожденным. Роды произошли на дому около 6 ч. назад. Состояние новорожденного и матери удовлетворительное.

Как врач-гинеколог, будете ли Вы проводить экстренную специфическую профилактику столбняка у роженицы и новорожденного.

151

Больному 30 лет, по экстренным показаниям произведена аппендэктомия. Удален макроскопически гангренозно измененный червеобразный отросток. Брюшная полость и полость малого таза осушены от выпота. Последний взят на бактериальный посев и чувствительность микрофлоры к антибиотикам. К ложу червеобразного отростка ч/з рану подведен полихлорвиниловый микроирригатор. Рана послойно ушита. Больному назначены холод на рану, обезболивающий и антибиотики внутримышечно и в брюшную полость. Что еще должен назначить врач в данной ситуации?

152

В поликлинику к хирургу обратилась кухонная рабочая, которая по неосторожности 4ч. назад опрокинула на себя кастрюлю с горячей водой. На передненаружной поверхности правого бедра на площади до 4-5 /тела имеются отек тканей, яркая гиперемия кожи, отмечается выраженная болезненность при дотрагивании. Пузырей нет. Больной внутримышечно введен раствор анальгина с димедролом, на ожоговую поверхность наложена повязка с раствором фурацилина.

Экстренная специфическая профилактика столбняка не проводилась. Правильно ли в этом случае поступил хирург и почему?

153

На прием к хирургу пришел подросток с колотой раной подошвенной поверхности правой стопы. Два часа назад наступил на доску с гвоздем. В поликлинике имеется документальное подтверждение, что мальчик получил полный курс плановых прививок в соответствии с возрастом.

Произведен туалет раны на стопе, наложена асептическая повязка.

Как провести специфическую профилактику столбняка?

154

В хирургическое отделение поступил больной, 76 лет, с жалобами на боли в животе. Заболел остро 16 ч назад. Состояние тяжелое. Пульс — 116 ударов в минуту. Язык обложен, сухой. Живот несколько вздут, в акте дыхания не участвует, доскообразно напряжен, болезненный больше всего в левой подвздошной области, над лоном и по левому боковому каналу. Симптом Щеткина— Блюмберга положительный. На обзорной рентгенограмме отмечается пневматизация кишечника, свободного газа под куполами диафрагмы нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

При экстренной лапаротомии обнаружены перфорация сигмовидной кишки рыбьей костью, умеренно раздутые петли кишечника, фибринозно-гнойный выпот в брюшной полости. Наложен противоестественный задний проход. Брюшная полость осушена, дренирована.

Прививочный анамнез неизвестен, хотя противопоказаний к прививкам не было.

Нужна ли в приведенном случае экстренная специфическая профилактика столбняка? Если нужна, то как Вы будете ее проводить?

155

К Вам на прием пришла женщина с жалобами на головную боль, слабость. Болеет двое суток. На тыльной поверхности правой кисти на фоне выраженного отека имеется некротическая язвочка с обильным серозным отделяемым и вдавленным темным центром. Вокруг язвочки наблюдаются воспалительный ободок и венчик из пузырьков, наполненных серозным экссудатом. Вы заподозрили сибиреязвенный карбункул. Каковы будут Ваши действия?

156

В выходной день в приемный покой больницы пришел 19-летний пациент с просьбой перевязать рану, которую получил 1,5 недели назад. За медицинской помощью не обращался.

Из анамнеза известно, что месяц назад перенес дифтерию зева.

На ладонной поверхности средней трети правого предплечья имеется резано-рваная рана размером 5х3 см, покрытая гнойным налетом и серо-желтого цвета пленкой, с трудом снимаемой пинцетом. В местах удаления пленки рана кровоточит. Края раны инфильтрированы, красные. Пальпируются умеренно увеличенные подмышечные лимфоузлы справа.

Вы заподозрили дифтерию раны. Каким образом Вы подтвердите диагноз? Как поступите с больным? Ваша лечебная тактика?

ХРОНИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

157

В хирургическое отделение поступил больной, 39 лет, с подозрением на ущемленную правостороннюю бедренную грыжу.

В анамнезе у больного туберкулез легких. При осмотре под правой паховой складкой на переднебугорчаточной поверхности бедра определяется опухолевидное образование размером 3х6 см плотноэластической консистенции, фиксированное, безболезненное. Кожа над ним не изменена. Давность заболевания около четырех суток. Какой Ваш предположительный диагноз? Какие исследования Вы проведете для его уточнения?

158

В приемный покой больницы доставлен больной через 40 мин после незначительной травмы (упал с кровати) с жалобами на боли в области грудного отдела позвоночника.

В анамнезе у больного туберкулез легких. По рентгенограмме позвоночника имеется подозрение на компрессионный перелом VIII и IX грудных позвонков. Какой патологический процесс может быть у больного?

159

К участковому врачу обратилась 80-летняя женщина с жалобами на боли в шее слева. Болеет около двух недель. 30 лет назад перенесла инсульт. Имеется правосторонний гемипарез. Около года назад впервые обнаружила у себя в левой подчелюстной области, а затем и на шее плотные узлы, которые постепенно увеличивались. Две недели назад в левой подчелюстной области открылся свищ, из которого выделяется скудное количество жидкого гноя с желтовато-серыми крупинками. Кожа вокруг не изменена.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования Вы назначите для его подтверждения?

160

В поликлинику на прием к хирургу пришел больной с жалобами на боли в области правого тазобедренного сустава, наличие опухолевидного образования в правой подколенной ямке. При осмотре выявлены выраженная атрофия мышц правого бедра, положительный симптом Александрова, флюктуация в области опухолевидного образования в правой подколенной ямке. Хирург произвел пункцию опухолевидного образования, получил гной.

Какая ошибка допущена хирургом? Какие дополнительные методы исследования необходимо было провести?

161

У больного, доставленного в приемный покой больницы с жалобами на боли в области правого бедра, имеется резкая болезненность при пальпации последнего.

В анамнезе у больного туберкулез легких. При осмотре отмечаются атрофия мышц бедра, положительный симптом Александрова, ограничение подвижности в правом тазобедренном суставе. На рентгенограмме определяются явления остеопороза и перелом верхней трети бедра со смещением костных отломков по длине с захождением их до 3—4 см. Ваш диагноз? Какую помощь Вы окажете больному?

162

У больного, обратившегося к врачу с жалобами на боли при глотании, во время осмотра обнаружен бугристый, плотный, размером 10х15 см инфильтрат в подчелюстной области слева.

Кожа над ним синюшно-багровой окраски. Температура тела 36,7 °С. Ваш предположительный диагноз? Как Вы поступите с пациентом?

163

У больного, доставленного в хирургический стационар с жалобами на боли в животе, при осмотре в правой подвздошной области обнаружен деревянистой плотности бугристый неподвижный инфильтрат размером 10х12 см. Флюктуация в проекции опухоли не определяется, кожа над ней не изменена. Перитонеальные симптомы отрицательные. Температура тела 36,6 °С. Болеет в течение 14—16 дней. Какое заболевание Вы заподозрите у больного? Какие дополнительные исследования назначите?

164

В поликлинику на прием к хирургу пришла 26-летняя женщина с жалобами на боли в правой голени, особенно по ночам. Не замужем. Ведет беспорядочный образ жизни. Травму голени исключает.

Больной себя считает около 2,5—3 месяцев. При осмотре определяется болезненная мягкой консистенции припухлость передней поверхности правой большеберцовой кости.

Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные исследования Вы назначите? Как поступите с больной?

НЕКРОЗЫ, ГАНГРЕНЫ, ЯЗВЫ, СВИЩИ, ПРОЛЕЖНИ.

165

У больной, 40 лет, страдающей мерцательной аритмией, внезапно появились сильные боли в левой стопе и голени. Больная стонет от болей. Стопа и нижняя треть голени бледные, холодные на ощупь. Пальпация голени резко болезненна, активные движения в голеностопном суставе отсутствуют, тактильная чувствительность на стопе снижена. Пульс на бедренной артерии удовлетворительный, на остальных артериях конечности не определяется. Ваши диагноз и лечебная тактика?

166

У больной, находящейся в гинекологическом отделении, на 11-е сутки после экстирпации матки появились распирающие боли в левой нижней конечности, выраженный отек стопы, голени и бедра. Пальцы стопы теплые, движения и чувствительность в них сохранены. Что случилось? Где и как следует лечить больную?

167

У больного, 36 лет, около 1 года назад появилась перемежающаяся хромота: ч/з каждые 400-500м пути он был вынужден останавливаться из-за

болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100м, появились боли в первом пальце стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Кожа на голенях мраморной окраски, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета. Холодные на ощупь. Ногтевые пластинки тусклые, ломкие. Пульс на тыльных артериях стоп отсутствует, на подколенных артериях ослаблен. Какое заболевание у больного? Как Вы будете лечить его?

168

Больной, 60 лет, в течение 1.5-2 лет стал отмечать перемежающуюся хромоту, причем в последние 2-3 мес. боли в правой икроножной мышце появляются ч/з каждые 50м пути. Правая стопа стала мерзнуть даже летом и уставать после непродолжительного пребывания на ногах. При осмотре правые стопа и нижняя треть голени бледнее и холоднее на ощупь, чем левые. Пульс на тыльной артерии правой стопы, задней большеберцовой и подколенной артериях не определяется, на правой бедренной артерии ослаблен. Над последней с помощью фонендоскопа отчетливо выслушивается систолический шум(симптом "волчка"). Общее состояние больного удовлетворительное. Ваши диагноз и лечебная тактика?

169

Мать решила, используя концентрированную азотную кислоту, удалить своей малолетней дочери бородавку на ладонной поверхности пальца. После этого на нем образовалась длительно не заживающая язва диаметром около 1смю Какой метод лечения показан больной?

170

Больному 2 года назад произведена резекция желудка с наложением анастомоза м/у культей желудка и тощей кишкой. Около года больного беспокоят боли в эпигастрии, отрыжки кислым, тошнота, иногда рвота, отмечает похудание. Ваш предположительный диагноз? Какие спец. методы исследования необходимо использовать для подтверждения диагноза?

171

У больной, страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, 2 года назад на внутренней поверхности нижней трети правой голени появилась язва. При осмотре язва округлой формы, диаметром до 5см., с пологими краями. Дно ее покрыто вялыми грануляциями с сероной налетом. По окружности язвы определяется буро-коричневая пигментация. Ваша лечебная тактика?

172

У больной, 40 лет, с переломами костей таза и правого бедра через 1,5сут с момента травмы проявилась отдышка, тахикардия, цианоз, расстройство сознания. Температура тела повысилась до 40°C. При рентгенологическом исследований в легких обнаружены мелкие затмения, похожие на пятна снега. О каком осложнении следует думать? Какие необходимо проводить лечебные мероприятия? В чем заключается профилактика подобного осложнения?

173

В стационар доставлена больная, 76 лет, с жалобами на сильные боли в правой стопе. Болеет около 10 дней. За медицинской помощью не обращалась. Состояние тяжелое. Заторможена. Пульс-116 ударов в мин., слабого наполнения. Артериальное давление – 100/60мм рт.ст. Олигурия. Температура тела – 39,2°C. Левая сторона и голень отечны, бледные, в продольном направлении отмечаются узкие полосы гиперемии. Пальцы и дистальный отдел стопы грязно-серого цвета. На тыле стопы определяются фликтен-мокнущая поверхность со зловонным запахом. Ваши диагноз и лечебная тактика?

174

70 – летнему больному в связи с перитонитом, вызванным с перфорацией опухали сигмовидной кишки, наложен искусственный толстокишечный свищ. Через 4 дня пациент начал жаловаться на умеренные локальные боли в области копчика. Оперированный избыточного питания, адинамичный, все время лежит в кровати не подвижно на спине. При осмотре в проекции основания копчика отмечается локально венозная гиперемия без четких границ.

О возможности какого осложнения следует думать? Какие профилактические мероприятия необходимо проводить?

ОПУХОЛИ.

175

К вам на прием пришла женщина с 4-летним ребенком. У мальчика с момента рождения на шее слева имеется розового цвета образование до 2,5см в диаметре, слегка выступающие на поверхности кожи, мягкое, безболезненное, изменяющее окраску при надавливании.

Ваш предположительный диагноз и рекомендаций по лечению?

176

Больная 21 года, поступила в стационар с жалобами на наличие в поясничной области справа объемного образования (до 7см в диаметре), которое появилось около 4лет назад и медленно увеличивается. При пальпации оно мягкой консистенции, безболезненное, с четкими границами, ограниченно смещаемо, с кожей не спаяно.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

177

Больной 35лет, обратился к хирургу с жалобами на наличие объемного образования (10х5см) в области левой ягодично-бедренной складки. Опухоль мешает сидеть, при пальпации слегка смещается, безболезненна, мягкой консистенции.

Показано ли оперативное лечение больному?

178

Больная, 42 года, обратилась к вам за помощью в связи с наличием плотного объемного образования до 2см в диаметре в области свода черепа слева. Опухоль относительно быстро увеличивается. При пальпации плотность образования каменистая, кожа над ним смещается, очертания четкие, опухоль неподвижна, безболезненна. На рентгенограмме определяется однородная с четкими краями ткань в наружной костной пластинке.

Каков ваш предположительный диагноз и действия?

179

Больной 65лет, обратился к хирургу с жалобами на наличие в области волосистой части головы трех округлых образования от 1 до 2см в диаметре, которые обнаружил 3-4 года назад. Они медленно увеличиваются имеют ровные четкие контуры, безболезненны, плотноэластической консистенции, кожа над ними не смещается.

Ваши диагноз и лечебная тактика?

180

Больной 51 года, поступил в стационар с жалобами на затрудненное дыхание вследствие «клапанного» закрытия правого носового хода. Периодически отмечает носовые кровотечения. При осмотре носовой

ход справа резко сужен за счет округлой формы опухолевидного образования. На рентгенограмме патологии со стороны костей носа не отмечается. Ваши диагноз и лечебная тактика?

181

Больная, 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие в левой молочной железе узла, который впервые обнаружила около 2 лет назад. Узел медленно увеличивается. При осмотре в верхненаружном квадранте железы пальпаторно определяется округлое до 2 см в диаметре, плотное, малоболезненное, с гладкой поверхностью объемное образование. Кожа на нем не изменена, подвижна.

Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Ваш предположительный диагноз и рекомендации?

182

Больной, 60 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные запоры продолжительностью до 3 суток. Появление стула отмечается только после приема слабительных. Регулярно после акта дефекации на кале обнаруживаются следы свежей крови. При клиническом обследовании патологий не выявлено. Пальцевое исследование прямой кишки оказалось неинформативным. Общий анализ крови: эритроциты – $3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 100 г/л, СОЭ – 21 мм/ч. У вас возникло подозрение на наличие у больного опухоли дистального отдела толстой кишки.

Какие специальные методы исследования вы используете для верификации диагноза?

183

Больной, 58 лет, обратился к вам с жалобами на слабость, чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита, отрыжку, иногда рвоту съеденной пищи, отвращение к мясным продуктам. За последние 3 месяца потерял в весе 10 кг. При осмотре больной пониженного питания. Кожные покровы бледноватые. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Ваш предположительный диагноз и тактика обследования?

184

На прием к терапевту пришел 70-летний мужчина с жалобами на периодический кашель, отхождение при кашле мокроты с кровянистым окрашиванием, слабость, быструю утомляемость. Считает себя больным последние 2 месяца. С 14 лет курит. При осмотре отмечается легкая бледность кожных покровов. При перкуссии грудной клетки определяется легочный звук над обоими легкими. Выслушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы над левым легким. Ваш предположительный диагноз и тактика обследования?

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ

185

Прибыв по вызову на место происшествия, вы обнаружили, что правая рука пострадавшего попала в станок и произошла травматическая ампутация предплечья на уровне средней трети. Второй рукой он удерживает пережатую культю конечности. Из раны струится кровь. Ваши действия?

186

В хирургическое отделение доставлен больной с места автодорожного происшествия. Правое бедро в верхней трети раздроблено. Стопа и голень бледные, холодные на ощупь. Пульс на подколенной артерии не определяется. Больной взят на операционную. Обнаружено раздробление бедренной артерии на протяжении 12 см.

Что вы предпримите для восстановления кровообращения в конечности?

187

После отморожения 4 степени пострадавшему была произведена ампутация 2-5 пальцев правой кисти. Он обратился к вам за помощью «сделать что-нибудь для улучшения функции кисти». Чем вы можете помочь пациенту?

188

Кисть пострадавшего попала под горячий пресс, в результате чего получен глубокий ожог тыла кисти с обнажением сухожилий и костей. Какой вид пластики вы используете для сохранения функции кисти?

189

У больного-атеросклеротическая окклюзия среднего сегмента бедренной артерии. Диагноз верифицирован с помощью контрастной ангиографии. Какой метод оперативного лечения. Вы предложите больному?

190

У больного с обширными глубокими ожогами резко ухудшилось общее состояние. Нарастают явления ожогового истощения. Проводятся интенсивная инфузионная терапия, парентеральное питание, однако тяжесть состояния не позволяет выполнить аутодермопластику. Как вы поступите в таком случае?

191

Больному с апластической анемией произведена трансплантация костного мозга. Какие меры вы предпримите для предотвращения отторжения трансплантата?

192

У больной после экстирпации щитовидной железы по поводу рака в послеоперационном периоде появились судороги в конечностях, подергивания мышц лица. Ваши диагноз и лечебная тактика?

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ. ПРЕД. – И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПЕРИОДЫ.

193

В отделение поступила 80-летняя больная. Дежурный хирург осмотрел ее, установил наличие ущемленной правосторонней бедренной грыжи и предложил экстренную операцию. Пациентка категорически отказалась, ссылаясь на то, что «это пройдет, а операцию она может не перенести». Как в таком случае должен поступить дежурный хирург?

194

Госпитализированный в хирургическое отделение 13-летний мальчик жалуется на боли в животе в течение 12ч, сухость во рту, озноб. Ребенок осмотрен палатным врачом, установлен диагноз: острый аппендицит. На предложенную операцию больной дал согласие, о чем были информированы его родители, и хирург начал готовиться к операции.

Правомочны ли в юридическом аспекте действия хирурга?

195

В нейрохирургическое отделение госпитализирован в бессознательном состоянии пострадавший с диагнозом: тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, перелом правой теменной кости, внутричерепная гематома, сдавление мозга. Дежурный хирург осмотрел больного и распорядился немедленно готовить его к операции. Как быть с согласием больного на операцию?

196

52-летняя женщина обычного телосложения госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области спустя 12ч с начала заболевания осмотра дежурным хирургом установлен диагноз: аппендицит. Больной предложена операция, на что пациентка дала согласие, но при условии ее выполнения под местной анестезией. Как должен поступить дежурный хирург?

197

Больная 49 лет, с хронич. калькулезным холециститом, сопровождающимся частыми приступами болей в эпигастрии в правом подреберье, подготовлена к операции. Но утром, в день операции, она узнает, что ее будет оперировать палатный врач. Пациентка потребовала, чтобы ее оперировал любой другой хирург, но не палатный, ссылаясь на плохие сновидения. Вы исполняете обязанности заведующего. Как быть в этом случае?

198

Хирург, оперируя 36-летнюю больную по поводу вправимой приобретенной пупочной грыжи, удалил пупок, не получив на это ее согласия до операции. Правомочны ли действия хирурга?

199

В отделение поступил 76-летний больной со схваткообразными болям в животе, задержкой стула и неотхождением газов в течение 2 сут. Установлен диагноз: острая кишечная непроходимость. Во время операции, выполняемой по экстренным показаниям, обнаружено, что причиной непроходимости является опухоль верхнеампулярного отдела прямой кишки, прорастающая тазовую клетчатку. Наложен противоестественный задний проход, хотя возможности подобного исхода, оперативного вмешательства больной перед операцией не был информирован. Правомочны ли действия хирурга?

200

Больной 49 лет, в клинику с жалобами на постоянные боли эпигастрии, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, слабость. По эндоскопическом исследовании желудка по малой кривизне в верхней трети ее обнаружена каллезная язва до 2 см. в диаметре с некротическим дном. При микроскопическом исследовании биоптата из язвы обнаружены раковые клетки. При дополнительном обследовании отдаленных метастазов не выявлено.

Какова будет Ваша тактика? Следует ли называть больному истинный диагноз?

201

В приемное отделение поступил 52-летний больной с жалобами на общую слабость, ноющие боли в эпигастрии. В течение 3-ех дней был дегтеобразный стул. Около 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Что с больным? Каковы должны быть вид санитарной обработки, способ транспортировки и неотложные диагностические исследования?

202

Больной 26 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом: острый аппендицит. 1,5 часа назад употреблял пищу. Стул был сутки назад. Клиника не вызывает сомнений. Показана экстренная операция. Как Вы подготовите ЖКТ к операции?

203

В клинику доставлена 86-летняя больная с жалобами на сильные боли в животе, которые появились сутки назад внезапно, «как удар кинжала в живот». Около 20 лет страдает гастритом и язвенной болезнью 12 перстной кишки. При осмотре живот доскообразно напряжен, в акте дыхания не участвует, резко болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не прослушивается. На обзорной рентгенограмме свободный газ под куполами диафрагмы не определяется.

Что случилось с больной? Исключает ли результат рентгенологического исследования? Ваше предложение. Как можно подтвердить свой диагноз?

204

В приемный покой машиной скорой помощи доставлен 18-летний больной с проникающим ранением в области левого подреберья. При обследовании кожные покровы бледные, зрачки широкие, заторможен, пульс — 116 ударов в минуту, артериальное давление — 80/40 мм рт. ст., из раны умеренно истекает кровь, в отлогих местах живота определяется тупой перкуторный звук. Ваши диагноз и действия?

205

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

206

У больного О., 45 лет, оперированного по поводу проникающего ранения грудной клетки с повреждением Правого легкого, к концу первых суток развились явления дыхательной недостаточности. В положении больного сидя перкуторно в нижних отделах грудной клетки определяется тупой звук, дыхание здесь не прослушивается.

Подозрение на какое осложнение у Вас возникло? Каковы будут Ваши действия?

207

Больному Л., 58 лет, по поводу язвенной болезни произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 18 ч после операции состояние больного ухудшилось: усилились боли в эпигастрии, вздулся живот, появились икота, затруднение дыхания. Прослушиваются единичные перистальтические шумы. Какое осложнение развилось у больного? Ваши действия?

208

Больной С, 70 лет, оперирован по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи. С момента операции прошло 20 ч. Больной самостоятельно не может мочиться. Какое осложнение возникло у больного? Какую помощь Вы окажете ему?

209

У больной Н., 59 лет, на седьмой день после экстирпации матки внезапно появились одышка, синюшность лица и плечевого пояса, боли за грудиной. Больная потеряла сознание. Дыхание частое, поверхностное. Какое осложнение развилось у больной? Ваши действия?

210

При осмотре больной, которой 5 дней назад произведена надвлагалищная ампутация матки по поводу гнойного эндометрита, развившегося после криминального аборта, Вы заметили, что вся повязка на ране за последние 6 ч вдруг промокла сукровичным отделяемым.

Состояние больной тяжелое, живот умеренно вздут, болезненный в области послеоперационной раны. На всем протяжении раны между швов имеется скудное геморрагическое отделяемое. О возможности какого послеоперационного осложнения следует думать? Ваши действия?

211

Больному Ш., 63 лет, по экстренным показаниям произведена резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с обтурирующей ее опухолью. Наложен первичный анастомоз способом "конец в конец". На 10-е сутки послеоперационный период осложнился наружной (открытой) эвентрацией под повязку 25 см тонкой кишки.

Ваша тактика?

Примерная тематика докладов по общей хирургии

1. Современная хирургия – динамично развивающаяся, научно обоснованная область медицины.
2. Деонтология как необходимый и обязательный элемент хирургической деятельности.
3. Врачебные ошибки в хирургии. Ятрогенная патология в хирургии.
4. Внутрибольничная (госпитальная) инфекция в хирургическом стационаре.
5. Современные средства и методы химической стерилизации и дезинфекции.
6. Техника отдельных видов местной анестезии: показания, противопоказания, методика выполнения, возможные осложнения и пути их предупреждения.
7. Осложнения наркоза и ближайшего посленаркозного периода, их профилактика и лечение.
8. Гемотрансфузионные осложнения, их профилактика, диагностика, принципы лечения.
9. Влияние хирургических операций на гемостаз.
10. Современные принципы лечения кровопотери.
11. Принципы и техника дренирования ран.
12. Современные принципы профилактики и лечения гнойных заболеваний.
13. Виды гнойно-воспалительных заболеваний: абсцесс, флегмона. Клиника, диагностика, местное и общее лечение.
14. Гнойный медиастинит.
15. Принципы общего и местного лечения остеомиелита.
16. Диагностика и комплексное лечение различных форм туберкулеза.
17. Современные принципы хирургического лечения гнойных ран.
18. Переломы и вывихи. Основы рентгенодиагностики.
19. Ожоговая болезнь и фазы течения.
20. Гангрена, пролежни, трофические язвы.
21. Реплантация конечностей и представление о микрохирургической технике.
22. Эхинококкоз. Причины, диагностика, хирургическое лечение.
23. Профилактика, диагностика и лечение раневых осложнений: кровотечения, нагноения, эвентерации кишечника.

Примерная тематика докладов по хирургическим болезням

1. Острый аппендицит. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
2. Острый холецистит. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
3. Острый панкреатит. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
4. Эмпиема плевры. Классификация. Клиника, диагностика и лечение.
5. Кровотечение и кровопотеря. Классификация, клиника, лечение на этапах эвакуации.
6. Травматический шок. Классификация. Объем медицинской помощи на этапах эвакуации.
7. Клиника напряженного пневмоторакса

8. Диагностика напряженного пневмоторакса
9. Первая помощь в очаге поражения и первая врачебная помощь
10. Ранения груди и гемоторакс. Симптомы
11. Первая помощь в очаге поражения – гемоторакс
12. Лечение на этапах медицинской эвакуации при гемотораксе
13. Классификация ожогов
14. Ожоговая болезнь, стадии
15. Первая помощь при ожогах
16. Лечение на этапах медицинской эвакуации
17. Особенности течения ран, загрязненных радиоактивными веществами
18. Первая помощь и лечение на этапах медицинской эвакуации

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО.
(ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ)**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра общей и факультетской хирургии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОГО ____ (фамилия, имя и отчество) ____

Куратор: студент (ка) фамилия, имя, отчество, группа, курс, факультет, семестр.

Преподаватель: фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень,

Начало курации _____

Окончание курации _____

Отметка преподавателя о зачёте _____

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Возраст (год, месяц, дата рождения).
3. Пол.
4. Место жительства.
5. Место работы.
6. Занимаемая должность.
7. Профессия, специальность.
8. Дата, время поступления в клинику.
9. Дата выписки из клиники.
10. Количество койко-дней.
11. Поступил в экстренном порядке, в плановом порядке.
12. Диагноз: а) направившего лечебного учреждения.
- б) при поступлении в клинику.

в) клинический: * основное заболевание,

* осложнение основного заболевания, *
сопутствующее заболевание.

г) окончательный: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее
заболевание.

13. Операция: название, дата, время, продолжительность, метод обезболивания.

14. Группа крови и резус-принадлежность.

15. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).

16. Трудоспособность (восстановлена, временно утрачена, полная утрата, направлен на МСЭК).

II. ЖАЛОБЫ:

(кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время).

III. АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesis morbi).

Выясняется начало заболевания. Проводится подробное описание течения и развития настоящего заболевания от первых его проявлений до обследования куратором.

Описание симптомов и динамики процесса производится в хронологическом порядке с указанием предполагаемых причин, вызвавших заболевание. Отмечается исходное состояние (фон), на котором развернулось данное заболевание, определяется последующий ход болезни, вплоть до момента обращения заболевшего за медицинской помощью. При хронических заболеваниях выясняется длительность болезни, частота обострений и причины их, самочувствие больного в период ремиссий. Указывается характер и продолжительность лечения до поступления в клинику, его эффективность.

У ранее оперированного больного обязательно выясняется характер и объем оперативного вмешательства, результаты послеоперационного лечения. Если больной переведен из другого лечебного учреждения, желательно получить выписку из истории болезни.

IV. АНАМНЕЗЖИЗНИ (Anamnesis vitae).

Описать по общепринятой схеме для взрослых:

Жилищные условия, регулярность, полноценность питания. Вредные привычки: курение, алкоголь, наркотики. Перенесенные ранее заболевания, травмы, операции, переливание крови и кровезаменителей. Посттрансфузионные реакции и осложнения. Переносимость лекарственных веществ. Наследственность, злокачественные новообразования, туберкулез, психические заболевания, вирусный гепатит, вирусоносительство, СПИД.

V. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

A. Объективное исследование общего состояния (Status praesens communis).

Оно складывается из последовательно проводимых осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, принципы выполнения которых подробно описаны в учебниках по пропедевтике внутренних болезней. Объективное исследование начинают с оценки общего состояния больного.

Общее состояние. Оно бывает удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым. Телосложение: сильное, слабое, среднее по А.А.Богомолец. Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (на боку, спине, с приведенными к животу ногами). Сознание ясное (полное), затемненное, без сознания. Выражение лица обычное, страдальческое, маскообразное. Заостренные черты лица. Мимика. Глаза: блеск, движение глазных яблок, глазные симптомы. Рост. Вес.

Кожа и видимые слизистые оболочки. Окраска кожи: нормальная (бледно-розовая), бледная, цианотичная, желтушная, серая (землистая). Пигментация кожи, ее локализация. Эластичность, тургор, сухость, влажность кожи. Патологические образования и их локализация: рубцы, бородавки, сыпи, расчёсы, шелушения, пролежни, опухоли и т.д. Слизистые оболочки: цвет, влажность, налёт, высыпания, изъязвления и т.д. Волосы и ногти: цвет, облысение, выпадение, деформация ногтей и т.д. Подкожная клетчатка. Развитие: выражена слабо, умеренно, чрезмерно. Отеки: локализация, распространение, выраженность, условия появления и исчезновения, слоновость.

Лимфатическая система. Пальпация подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, бедренных, паховых лимфатических узлов: величина, форма, плотность, болезненность, сращение между собой и окружающими тканями.

Мышцы. Гипертрофия, атрофия, тонус, болезненность, подергивания, судороги.

Кости. Деформация костей скелета: черепа, позвоночника, грудной клетки, плечевого пояса, верхних и нижних конечностей, таза. Длина конечностей.

Суставы. Конфигурация, хруст, болезненность, подвижность, объем движений.

Шея. Наличие свищей, опухоли. Окружность в см. Прощупываемость и подвижность лимфатических узлов. Гортань: подвижность, свойства голоса. Щитовидная железа: смещение при глотании, консистенция и поверхность органа, болезненность, увеличение в размерах по степеням.

Грудная клетка, органы дыхания. Форма грудной клетки: нормальная, воронкообразная, бочкообразная, эмфизематозная. Состояние подкожной клетчатки: крепитация, отечность. Состояние надключичной и подключичной ямки, межреберья. Окружность грудной клетки на уровне сосков. Тип дыхания, ритм, глубина, частота в минуту, дыхание Чейн-Стокса, Кусмауля, Биота. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная.

Молочная железа: форма, размеры, объем, симметричность, состояние сосковоареолярного комплекса. Пальпация: наличие уплотнений, опухоли, узлов, их размеры и локализация по квадрантам, болезненность, подвижность, сращения с кожей. Состояние регионарных лимфатических узлов. Выделения из соска: цвет, количество, характер. Осмотр и пальпацию молочных желез производят в вертикальном и горизонтальном положении пациентки, с опущенными и приподнятыми руками. Перкуссия грудной клетки: сравнительная перкуссия, границы легких. Перкуторный звук над легкими: ясный легочный, коробочный, металлический. Притупление легочного звука: границы, выраженность, локализация.

Аускультация: дыхание везикулярное, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхания; хрипы сухие и влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые). Шум трения плевры. Бронхофония, голосовое дрожание.

Органы кровообращения. Пульс: частота в минуту, ритмичность, напряжение, наполнение, выраженность на разных участках. Сравнение пульса на симметричных участках (например, на обеих лучевых артериях). Пульсация подвздошной, бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы.

Сердце: верхушечный толчок, «сердечный горб». Пульсация в надчревьe, «кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной и абсолютной тупости. Тоны сердца на типичных точках. Сердечные шумы.

Вены: локализация расширения вен. Уплотнение, болезненность вен, особенно расширенных. Симптомы Троянова, Тределенбурга, Гаккенбруха, маршевая проба при расширении вен нижних конечностей.

Органы пищеварения. Рот, зубы, слизистая щеки, неба, десен. Полость рта: цвет, пигментация, изъязвления, рубцы, налет.

Язык: влажный или сухой, чистый или обложен налетом (характер), цвет, трещины, язвы и т.д.

Зев, миндалины: окраска, состояние слизистой, размеры, форма миндалин, наличие налета и т.д.

Живот: форма, симметричность, выпячивание отдельных его участков. Подвижность брюшной стенки

при дыхании. Видимая перистальтика кишечника. Симптом Валя. Кожные покровы: расширение

подкожных вен, пигментация. Подкожная клетчатка: отек. Состояние пупка. Перкуссия живота: участки

тимпанического звука, притупления, их локализация, выраженность. Пальпация живота: поверхностная и глубокая (скользящая) по Образцову-Стражеско. Чувствительность,

тонус, защитное напряжение мышц брюшной стенки. Структура (дефекты, щели) брюшной стенки, границы и свойства пальпируемых органов. Выявление характерных объективных симптомов: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и другие. Состояние паховых, бедренных, пупочных колец, расхождение прямых мышц живота.

Область заднего прохода. При осмотре определяется состояние кожи, наличие трещин, свищей, наружных геморроидальных узлов, выпадения прямой кишки. При пальцевом исследовании определяется тонус сфинктера, болезненность при введении пальца, наличие трещин, опухоли, скопления каловых масс в ампуле прямой кишки, внутренних геморроидальных узлов, воспалительных инфильтратов, состояние стенок прямой кишки, близлежащих органов (простаты, семенных пузырьков).

Мочеполовые органы. Осмотр поясницы. Симптом Пастернацкого (болезненность и появление гематурии при постукивании поясницы). Пальпация почек в положении на спине, на боку и в вертикальном положении: болезненность, прощупываемость, подвижность, величина. Наружные половые органы у мальчиков и юношей: развитие, опущение яичка. Бимануальное исследование у девочек (детским гинекологом).

Нервная система. Зрачки: реакция на свет (прямая и содружественная).

Чувствительность кожи: гипо-, гипер-, анестезия, дермографизм (красный, белый, стойкий, нестойкий). Болезненность по ходу периферических нервов. Рефлексы: корнеальный, глоточный, брюшные, кремастера, подошвенный, коленный, ахиллов. Походка. Речь.

Б. Объективное исследование поражённого органа (системы) – хирургический (локальный, или местный) статус (Statuslocalis).

В этом разделе приводятся данные подробного исследования локализации патологического процесса, т.е. в этом разделе, например при локализации основного процесса червеобразном отростке (остром аппендиците) подробно описывается объективное исследование всей системы пищеварительного тракта. Во избежание лишнего повторения, соответствующая система органов полностью переносится в хирургический статус из раздела (А) общего объективного исследования.

VI. ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этом разделе приводится краткое описание результатов проведенных лабораторных и дополнительных методов исследования в хронологическом порядке.

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Дается полная формулировка основного заболевания, осложнения основного заболевания и сопутствующего заболевания. Клинический диагноз выставляется у экстренных больных в течение ближайших часов (до 24 ч) от момента поступления в хирургическую клинику, а у плановых больных он может быть выставлен в день поступления, но может быть уточнен в течение ближайших 3 дней.

VIII. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Обоснование клинического диагноза проводится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, жизни, характерных объективных симптомов в динамике, полученных результатов лабораторного и других дополнительных, специальных методов исследования. В этом разделе куратор постепенно, этап за этапом развертывает историю заболевания, объясняя каждый симптом болезни, устанавливая между ними логическую связь.

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом разбираются и определяются различия появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании.

X. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Говоря об этиологии заболевания, необходимо указывать только те причины, которые привели к развитию болезни у больного. Следует помнить, что куратор пишет историю болезни данного конкретного больного – он не должен переписывать сведения об этиологии того или иного заболевания из учебников, руководств и пособий.

В разделе патогенез дается обобщающая картина механизма развития болезни у данного больного с указанием главных и второстепенных звеньев этого механизма, с документацией функционального состояния физиологических систем организма больного, с указанием механизма возникновения осложнений и предстоящего исхода болезни.

XI. ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение: принципы лечения, лист назначений, обоснование каждого назначения.

Лечение должно соответствовать медико-экономическому стандарту (МЭС).

Оперативное лечение. При наличии показаний к оперативному лечению у данного больного оформляется предоперационный эпикриз и протокол операции, которые являются одними из отличительных черт истории болезни хирургического больного.

XII. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Предоперационный эпикриз содержит такие сведения как краткое обоснование, полную формулировку клинического диагноза, объем и название предполагаемого оперативного

вмешательства, использование метода обезболивания (местная, регионарная, внутривенная анестезия, интубационный наркоз). Указывается группа крови, резуспринадлежность больного, предполагается ли переливание аутокрови, донорской крови или кровезаменителей. Также указывается о том, что с больным проведена беседа об объеме предстоящей операции, возможные исходы, метод обезболивания, что больной после этого согласен на операцию и закрепил это своей подписью. При бессознательном, неадекватном состоянии больного решение об операции заверяется подписью сопровождающих родственников или консилиумом трех врачей (три подписи).

ХIII. ПРОТОЛ ОПЕРАЦИИ (схема):

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ № ____.

Диагноз _____

Название операции _____

Хирург (ф.и.о.) _____

Ассистенты (ф.и.о.) _____

Операционная сестра (ф.и.о.) _____

Анестезиолог (ф.и.о.) _____

Дата _____

Начало _____ Продолжительность _____

Описание хода операции: _____

ХIV. ДНЕВНИК

Дневник пишется ежедневно или несколько раз в день в зависимости от тяжести состояния хирургического больного. В нем отражается подробно динамика жалоб, объективного состояния и локального статуса больного в течение суток. Проводится обоснование назначения сильнодействующих и наркотических препаратов.

ХV. ЭПИКРИЗ

Эпикриз бывает предоперационным (описывалось выше), этапным, выписным, посмертным.

Этапный эпикриз оформляется через каждые 10 дней пребывания больного в хирургической клинике, в нем отражается динамика заболевания за эти прошедшие дни, смена клинического диагноза, указывается необходимость в проведении дополнительных лечебно-диагностических мероприятий. При необходимости подписывается заместителем главного врача по экспертизе.

При выписке оформляется выписной эпикриз с подробным указанием клинического диагноза, анамнеза заболевания, продолжительности лечения в клинике, результатов

диагностических мероприятий, всех выполненных лечебных мероприятий, оперативного вмешательства, локального и общего статуса при выписке, рекомендаций.

Посмертный эпикриз оформляется при летальном исходе.

XVI. ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни, здоровья и трудовой прогноз следует обосновать фактами, которые добываются наблюдениями за течением болезни, повторными лабораторными и инструментальными исследованиями больного в процессе лечения.

XVII. ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исходом заболевания может быть: выздоровление, улучшение, без изменений, смерть. При летальном исходе указать предположительную причину смерти.

XVIII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Приводится список литературных источников, использованных при написании истории болезни: учебники, руководства, учебные пособия, монографии, журнальные статьи, лекции.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ОПРОСА (текущий и промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1.	Уверенный ответ	0-10
2.	Понимание проблематики	0-30
3.	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4.	Ключевые слова: их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5.	Логичность и последовательность устного высказывания.	0-10
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий и промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в%)
1.	Правильность постановки диагноза	0-30
2.	Правильность выбора алгоритма действий	0-20
3.	Правильность выбора дополнительных методов диагностики.	0-20
4.	Правильность назначения тактики лечения.	0-30
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ МОДУЛЬНОГО ОПРОСА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Вопрос 1	0-100
2.	Вопрос 2	0-100
3.	Вопрос 3	0-100
	Всего баллов	Среднее арифметическая (сумма баллов /3)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№ п/п	Наименование показателя	Отметка (в %)
	ОФОРМЛЕНИЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ	70
1.	Титульный лист с заголовком	0-4
2.	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, рисунки)	0-10
3.	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы.	0-40

4.	Слайды представлены в логической последовательности.	0-10
5.	Слайды распечатаны.	0-6
ДОКЛАД		30
1.	Правильность и точность речи во время защиты	0-12
2.	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-10
3.	Выполнение регламента	0-8
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (текущий контроль) в %.

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Соблюдение этико-деонтологических принципов и индивидуального подхода к пациенту.	0-5
2.	Правильное выполнение методики осмотра пациента. Правильное описание хирургического статуса.	0-20
3.	Правильная интерпретация жалоб, анамнеза болезни и жизни пациента.	0-10
4.	Правильность постановки предварительного диагноза.	0-10
5.	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков, МРТ, УЗИ.	0-10
6.	Правильность прочтения результатов лабораторных исследований.	0-5
7.	Правильность постановки клинического диагноза.	0-20
8.	Правильное определение тактики предполагаемого лечения	0-20
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (рубежный контроль):

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Общие сведения о больном	0-5
2.	Жалобы (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время)	0-5
3.	Анамнез болезни	0-5
4.	Анамнез жизни	0-5
5.	Объективное исследование.	0-10
6.	Предварительный диагноз	0-15
7.	Лабораторные, дополнительные методы исследования	0-10
8.	Клинический диагноз и обоснование клинического диагноза	0-15

9.	Этиология, патогенез	0-5
10.	Лечение	0-10
13.	Дневник	0-5
14.	Эпикриз и прогноз	0-5
15.	Использование современных данных литературных источников.	0-5
	Всего баллов	Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (текущий контроль):

1. В одном тестовом задании 100 закрытых вопросов.
2. К вопросам даются готовые ответы на выбор, один из которых правильный и остальные неправильные.
3. За каждый правильный ответ – 1 балл.
4. Общая оценка определяется как сумма набранных процентов.
5. Набранное количество процентов переводится в баллы.
0-60% - (0-60 правильных ответов);
61-70% - (60-74 правильных ответов);
71-89% - (75-84 правильных ответов);
90-100% - (85-100 правильных ответов).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

(итоговый контроль по дисциплине) При оценке УСТНОГО ОТВЕТА на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Умение объяснить сущность явлений, событий процессов. Делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой 85-100% (**16-20 баллов**) оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний; современную классификацию хирургических заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у

больных различных возрастных групп; основные принципы диагностики хирургических заболеваний у больных различных возрастных групп; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; методы лечения и показание к их применению; основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; сроки оперативного лечения; принципы диспансеризации и реабилитации больных; этические и деонтологические аспекты в хирургии. **Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.**

Отметкой 75-84% **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний; современную классификацию хирургических заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у больных различных возрастных групп; основные принципы диагностики хирургических заболеваний у больных различных возрастных групп; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; методы лечения и показание к их применению; основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; сроки оперативного лечения; принципы диспансеризации и реабилитации больных; этические и деонтологические аспекты в хирургии.

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускаются одна - две неточности в ответе.

Отметкой 60-74% **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний; современную классификацию хирургических заболеваний; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у больных различных возрастных групп; основные принципы диагностики хирургических заболеваний у больных различных возрастных групп; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; методы лечения и показание к их применению; основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; сроки оперативного лечения; принципы диспансеризации и реабилитации больных; этические и деонтологические аспекты в хирургии. **Допускается несколько ошибок в содержании ответа.**

Отметкой 0-59 % **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. *Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.*

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой 85-100% **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент: владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов; быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного; проводит самостоятельно обследование пациента; умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных); грамотно формулирует диагноз показывая к избранному методу лечения; правильно проводит транспортировку хирургических больных; правильно применяет методы профилактики; ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний органов ЖКТ, щитовидной и молочной желез, сердечнососудистой системы, легких и плевры у больных различных возрастов, методами консервативного лечения заболеваний, способами оперативного лечения хирургических больных, методами различных видов операций при неотложных состояниях, принципами лечения больных с доброкачественными и злокачественными опухолями, методами применения инструментальных, эндовидео и хирургических технологий в диагностике и лечении.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой 75-84% **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов; не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;
не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;

- не совсем правильно проводит транспортировку хирургических больных;
- не совсем верно применяет методы профилактики;

При этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общих чертах владеет различными методами лечения заболеваний органов ЖКТ, щитовидной и молочной желез, сердечно-сосудистой системы, легких и плевры у больных различных возрастов, методами консервативного лечения заболеваний, способами оперативного лечения хирургических больных, методами различных видов операций при неотложных состояниях, принципами лечения больных с доброкачественными и злокачественными опухолями, методами

применения инструментальных, эндовидео и хирургических технологий в диагностике и лечении.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой 60-74% **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы; не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками

анализа различных медицинских фактов; медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного;

не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента; очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;

- не совсем правильно применяет методы профилактики
- неправильно организует транспортировку хирургических больных; Ранее недостаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет различными методами лечения заболеваний органов ЖКТ, щитовидной и молочной желез, сердечно-сосудистой системы, легких и плевры у больных различных возрастов, методами консервативного лечения заболеваний, способами оперативного лечения хирургических больных, методами различных видов операций при неотложных состояниях, принципами лечения больных с доброкачественными и злокачественными опухолями, методами применения инструментальных, эндовидео и хирургических технологий в диагностике и лечении.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой 0-59% **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.

**ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ КАРТЫ ДИСЦИПЛИНЫ
«ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ»**

Курс 3, семестр 5, 3Е – 3, Отчетность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					
Введение в предмет.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Проверка СРС. Тесты. Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	10	15	26 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №1; Подведение итогов по докладам с презентацией.	3	5	
Модуль 2					
Общие вопросы хирургии.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований); Тесты; Проверка СРС (Защита презентации). Активность: - За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла. - За активное участие в НИРС – 3 балла. Посещаемость: За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.	20	40	29 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №2; Решение ситуационных задач.	3	5	

Модуль 3					
Хирургические операции.	текущий контроль	Фронтальный опрос; Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований); Тесты; Проверка СРС. Активность: - <i>За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 балла.</i> - <i>За активное участие в НИРС – 3 балла.</i> Посещаемость: <i>За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла.</i>	10	15	32 неделя
	рубежный контроль	Модульный опрос №3; Решение ситуационных задач.	3	5	
ВСЕГО за семестр			40	70	40 неделя
Промежуточный контроль (зачет)	Устный опрос; Решение ситуационных задач.		20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	